HILFE ZUR SELBSTHILFE

Ein Therapie- und Übungsprogramm für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen

vorgelegt von
Josef Wimmer M.A.

München 1983

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0004

Aus der Klinik und Poliklinik
für Hals-Nasen- und Ohrenkranke der Universität München
Direktor: Prof.Dr.H.H.Naumann

HILFE ZUR SELBSTHILFE

Ein Therapie- und Übungsprogramm für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Josef Wimmer M.A.
aus
Bruckberg/Obb.
1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter:	Prof.Dr.med.K.Schorn
Mitberichterstatter:	Prof.Dr.med.H.H.Naumann
Dekan:	Prof.Dr.med.W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: . . . . . 15. Dezember 1983

Ich widme diese Arbeit
voll Dankbarkeit, Liebe und Freude
meinen Eltern und Geschwistern,
Verwandten und Wahlverwandten,
Freundinnen und Freunden,
Lehrerinnen und Lehrern
und der Gefährtin meines Lebens.

Mögen Euch die Ohren klingen!

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. Einleitung	1
I. Zur Entstehung der Idee eines Therapie- und Übungsprogramms für Tinnitus-Patienten	1
II. Aufgabe der vorliegenden Arbeit	4
B. Theoretischer Teil	5
I. Der subjektive Tinnitus aurium	5
1. Definition	5
2. Epidemiologie	6
3. Ätiologie	7
4. Pathogenese und Pathophysiologie	9
5. Psychopathologie des Tinnitus-Patienten	12
6. Aktueller Stand der konservativen Therapie des subjektiven Tinnitus aurium	21
II. Das Therapie- und Übungsprogramm "Hilfe zur Selbsthilfe für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen"	26
1. Theoretische Grundlagen	28
2. Pragmatische Ziele	44
3. Therapeutische Methodik	46
4. Üben als Selbsthilfe	51
5. Vorstellung und Erläuterung des Programms	54

Seite

C. Praktischer Teil 78

I. Voraussetzungen 78

1. Auswahl der Patienten 78

a. Auswahlkriterien 78

b. Procedere 79

2. Voruntersuchung und Erstgespräch 82

a. Programm 82

b. Durchfuhrung und Ergebnisse 96

3. Teilnehmer am Therapie- und Übungsprogramm 96

a. Allgemeine anamnestische Daten 96

b. Audiometrische Daten 98

4. Setting 103

II. Durchführung des Therapie- und Übungsprogramms 105

1. Allgemeine Bemerkungen zum Ablauf des Programms 105

2. Ablauf des Programms bei den einzelnen Patienten 109

a. Patient D 109

b. Patient E 117

c. Patient I 122

d. Patient A 127

e. Patient B 150

f. Patient C 172

g. Patient F 192

h. Patient G 216

i. Patient H 237

III. Ergebnisse 253

1. Allgemeine Resultate 253

2. Nachuntersuchung 254

a. Programm 254

b. Ergebnisse der Nachuntersuchung 256

D. Diskussion 261

E. Zusammenfassung 268

F. Literaturverzeichnis 270

A. EINLEITUNG

I. Zur Entstehung der Idee eines Therapie- und Übungsprogramms für Tinnitus-Patienten

Die Idee eines Therapie- und Übungsprogramms für Tinnitus-Patienten hat verschiedene Wurzeln. Am Anfang stand - schon während meines Medizinstudiums - meine eigene Betroffenheit angesichts der dramatischen Verläufe, die das Persistieren eines Ohrgeräuschs nach sich ziehen kann. Es ist bekannt, daß eine wenn auch geringe Zahl von Menschen Selbstmord begeht, weil ihnen ihr Tinnitus absolut unerträglich zu sein scheint (36, 60). Daß dies bei einem Leiden der Fall ist, das objektiv gar nicht in Erscheinung tritt und dessen beeinträchtigende Auswirkungen auf den ersten Blick durchaus nicht einleuchten, hat mein Interesse an ihm nachhaltig geweckt. Die letztlich unbefriedigenden Ergebnisse der kausalen und symptomatischen Therapien waren im Verein mit den übrigen Vorinformationen Anlaß genug für ein intensives Literaturstudium. Dies brachte unter anderem zwei Dinge zutage: einmal die vordergründig verständliche Tatsache, daß die Therapie des Tinnitus im wesentlichen auf seine isolierte Beseitigung ausgerichtet ist, so frustran dies auch immer sein mag; zum anderen den Umstand, daß nicht nur der Ohrton selbst eine erhebliche Streßbelastung mit sich bringt, sondern daß auch die, die ihn hören, ohnehin schon streßbelastet sind bzw. dies waren, noch ehe er auftrat (30).

An dieser Stelle ergaben sich Querverbindungen zu den weiteren Wurzeln unserer Idee eines Therapie- und Übungsprogramms für Tinnitus-Patienten. Die psychosomatische Medizin basiert

auf einem ganzheitlichen Ansatz, den in praktischer Hinsicht vor allem die Vertreter der neueren Therapieformen wie Gestalttherapie und Bioenergetik pflegen. Ich habe mich damit nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch jahrelang auseinandergesetzt. Meine persönlichen Erfahrungen und Einsichten haben mich zu folgender Überzeugung geführt: Krankheit kann nur dann ihre physiologische Funktion erfüllen, wenn sie nicht mehr als etwas Abgespaltenes oder Fremdes empfunden, sondern als integraler Bestandteil des eigenen Lebens angenommen wird. In eine Frage übersetzt, lautet diese Überzeugung: Wer und wie bin ich als meine eigene Krankheit? Was geschieht, wenn ich mich meiner Krankheit bewußt und persönlich stelle, wenn ich sie mir zu eigen mache, wenn ich versuche, mich selbst in ihr wiederzuerkennen? Was passiert, wenn ich selbst die Verantwortung für meine Krankheit und die Auseinandersetzung mit ihr übernehme, wenn ich mich auf den Weg mache, zu suchen, was mir fehlt? Der Brückenschlag zur Tinnitus-Problematik erfolgte hier sozusagen von selbst. Die Situation der Therapie subjektiver Ohrgeräusche schien Grund genug, einen neuartigen Versuch zumindest der Linderung jener akustischen Nöte zu wagen. Die Überschrift dieses Versuchs konnte nur lauten: Hinhören statt Weghören. Es würde also darum gehen, bereitwilligen Patienten bei einer bewußten, persönlichen und verantwortungsvollen Auseinandersetzung mit ihrem Ohrton und seiner Verankerung in ihrem Leben behilflich zu sein. Daß sich dabei die Aufmerksamkeit auch den Streßbelastungen zuwenden müßte, die bei der Tinnitus-Problematik eine Rolle spielen, war uns selbstverständlich.

Bei der Idee einer neuartigen therapeutischen Arbeit mit Tinnitus-Patienten waren wir also schon angelangt. Nun tauchte die Frage auf, welche Form wir einer solchen Arbeit geben wollten. Eine langfristige Therapie z.B. nach dem Muster herkömmlicher Psychotherapien erschien uns im eventuellen Rahmen einer HNO-ärztlichen Tätigkeit wenig praktikabel. Wir brauchten für jene Auseinandersetzung sozusagen ein formales Gerüst, das nachvollziehbar und reproduzierbar sein würde. Ein kombiniertes Therapie- und Übungsprogramm schien uns in dieser Richtung weiterzuhelfen, da es eine Verbindung zwischen individuell abgestimmten therapeutischen Gesprächen und von vornherein festgelegten, problemorientierten Übungen herstellt. Solche Übungen spielen in den neueren Therapieformen, die die Eigenverantwortung des Kranken für den Heilungsverlauf betonen, ohnehin eine große Rolle. Eine Veröffentlichung der jüngsten Vergangenheit machte uns diesbezüglich besonders Mut; es handelt sich um das Buch Wieder gesund werden von O.Carl SIMONTON und Stephanie MATTHEWS-SIMONTON (62). Die Autoren stellen darin neben ausführlichen Erläuterungen der Streßproblematik ein Übungsprogramm für krebskranke Menschen vor, das offenbar erstaunliche Erfolge zeitigte. Obschon wir uns beim Tinnitus-Patienten auf einem völlig anderen pathologischen Terrain bewegen, haben wir diesem Buch wertvolle Anregungen entnehmen können, die unsere eigenen Intentionen gewissermaßen abrundeten.

Auf der Grundlage der geschilderten Eindrücke, Einsichten und Erfahrungen begannen wir, unser Therapie- und Übungsprogramm zu entwerfen, das wir weiter unten detailliert darstellen werden. Wir wollten mit unserem Programm einen Beitrag zu dem leisten, was in der einschlägigen Literatur als "Tinnitus-Management" (23) bezeichnet wird, was wir jedoch - weniger eindimen-

sional - den Umgang mit dem Tinnitus nennen möchten.

II. Aufgabe der vorliegenden Arbeit

Wir sehen es zunächst als unsere Pflicht an, einen Überblick über den aktuellen Stand der naturwissenschaftlich-medizinischen Erforschung und Therapie des Tinnitus zu geben.

Unser Therapie- und Übungsprogramm bedarf sodann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht nur der ausführlichen Erläuterung und Begründung. Es ist vielmehr auch unsere Aufgabe, seine Durchführung und seinen Verlauf angemessen zu schildern sowie seine Ergebnisse kritisch zu sichten. Wir wollen versuchen, die Frage zu beantworten, ob es überhaupt möglich sei, mit Hilfe dieses Therapie- und Übungsprogramms bei Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen Erfolge zu erzielen, und wenn ja, welcher Art diese Erfolge sind.

B. Theoretischer Teil

I. Der Tinnitus aurium

1. Definition

Die allgemeinste Definition des Tinnitus aurium hat zu berücksichtigen, daß eine auditive Wahrnehmung erfolgt, die weder auf einen äußeren akustischen Reiz zurückgeht noch eine akustische Halluzination darstellt, d.h. sich auf reine Töne oder auf Geräusche beschränkt. So definiert OPITZ den Tinnitus aurium als "Geräusche oder Töne, die ohne erkennbare externe Schallquelle vom Individuum gehört werden" (47). BURIAN et al. definieren praxisnäher, Tinnitus sei "eine meist nur subjektive, selten objektivierbare Empfindung eines Tones oder Geräusches in einem oder beiden Ohren oder aber auch im ganzen Kopf" und weist auf die Notwendigkeit hin, akustische Halluzinationen vom Tinnitus streng zu trennen (7). Diese Definition führt zu der für uns relevanten Unterscheidung zwischen subjektivem und objektivem Tinnitus, zu der sich OPITZ wie folgt äußert: "Wenn Schalle wahrgenommen werden ohne den eindeutigen Nachweis eines akustischen Reizes, sprechen wir vom sogenannten subjektiven Tinnitus."(47, 52). Wir befassen uns in dieser Arbeit ausschließlich mit dem subjektiven Tinnitus und grenzen damit objektivierbare Geräusche, wie sie z.B. aufgrund von Glomustumoren im Mittelohr oder Aneurysmen im inneren Gehörgang auftreten, von vornherein aus (7). Als subjektiver Tinnitus aurium gilt uns also die subjektive Wahrnehmung von Geräuschen oder Tönen, die akustisch nicht objektivierbar sind.

2. Epidemiologie

Um einen Eindruck von der medizinischen Bedeutsamkeit des Tinnitus zu vermitteln, wenden wir uns zunächst seiner Epidemiologie zu.

Wir beziehen unsere diesbezüglichen Informationen vor allem aus dem angloamerikanischen Schrifttum. HAZELL (24) berichtet, 17% der englischen Bevölkerung litten unter einem Ohrton, der länger als zehn Minuten dauere; 0,5% seien dadurch dauernd arbeits- und gesellschaftsunfähig. In einer weiteren Arbeit (23) stellt HAZELL fest, etwa 1,7% der Bevölkerung Großbritanniens hätten einen schweren, permanenten Tinnitus. Frauen seien dabei nur geringfügig mehr betroffen als Männer (50,4% vs. 49,6%). In bezug auf die Altersverteilung fand HAZELL heraus, daß die Altersgruppe der Patienten zwischen 51 und 60 Jahren das größte Kontingent stellt, gefolgt von der Altersgruppe der Patienten zwischen 41 und 50 Jahren. Aufgrund einer Studie an 200 Patienten mit Tinnitus aurium weiß REED (52), daß sich 10% dieser Patienten durch ihren Ohrton wenig, 65% mittelgradig und 25% sehr stark beeinträchtigt fühlen. Eine Studie des Medical Research Council's Institute of Hearing Research ergab, daß sich 0,4-2,8% der Tinnitus-Patienten durch den Tinnitus schwer beeinträchtigt fühlten; 0,4 - 0,5% berichteten über einen schwerwiegenden Verlust ihrer Fähigkeit, ein normales Leben zu führen (44).

Wenn diese Zahlen auch nicht auf die Bundesrepublik übertragbar sind, lassen sie doch immerhin vermuten, die epidemiologischen Verhältnisse seien bei uns ähnlich gelagert. In Mitteleuropa leiden nach allgemeinen Schätzungen (19) ca. 2% der Bevölkerung an einem bekannten manifesten Diabetes mellitus. Wenn wir allein die Größenordnungen von 1,7% (schwerer, permanenter Tinnitus)

und 2% (Diabetes mellitus) vergleichen, erscheint uns die medizinische Bedeutsamkeit des Tinnitus schon in einem anderen Licht: wir haben es zumindest mit einem Phänomen zu tun, unter dem we - sentlich mehr Menschen wesentlich mehr leiden, als allgemein angenommen wird.

3. Ätiologie

Von einer Ätiologie des Tinnitus im engeren Sinne können wir strenggenommen nicht sprechen, da er nicht als eigenständige nosologische Einheit betrachtet wird. Tinnitus aurium ist ein Symptom, ein Krankheitszeichen, wie DONEK (10), BURIAN et al.(7) und OPITZ (47) übereinstimmend meinen. Er kann als solches mit den "verschiedensten Erkrankungen des Hörorgans vom Mittelohr bis zur Hörrinde korreliert sein" und tritt im allgemeinen bei Ohrerkrankungen auf, die "auch ein verändertes Tonaudiogramm aufweisen"; allerdings finden wir ihn auch bei normalen Hör - schwellen, und als vorübergehendes Phänomen ist Tinnitus ohnehin ubiquitär (47). Die Klassifikation des Tinnitus bleibt nach DONEK (11) nach wie vor problematisch, da in der Mehrzahl der Fälle die tatsächliche Lokalisation des Tinnitus immer noch im Dunkeln bleibt.

Wir werden uns also im Folgenden darauf beschränken, die bunte Reihe von Krankheiten zu referieren, bei denen Tinnitus symptomatisch auftreten kann. Wir orientieren uns dabei an den von OPITZ (48) und BURIAN et al. (7) angegebenen Tabellen. 50-60% aller otologischen Erkrankungen sind nach BURIAN et al. (7) von Tinnitus begleitet. Zu diesen Krankheiten zählen:
Tumoren des VIII.Hirnnerven, Otitis externa, akute und chronische Otitis media, Tuben-Mitelohr-Katarrh, bakterielle und virale Infektionen im labyrinthären und retrolabyrinthären Bereich,

degenerative Erkrankungen des Innenohrs, Presbyakusis, hereditäre sensorineurale Schwerhörigkeiten, Otosklerose, Schalltraumen und Lärmschäden, Thrombosen, Embolien und Blutungen in der labyrinthären Gefäßversorgung, Morbus Menière.

Andere, nicht spezifisch otologische Erkrankungen, die mittelbar einen subjektiven Tinnitus aurium verursachen können, sind: Tumoren der hinteren Schädelgrube, degenerative Erkrankungen des ZNS, Schädelhirntraumen, Intoxikationen durch Alkohol, Nikotin, Coffein, Chinin, Acetylsalicylsäure, Diuretika, Aminoglykoside, Salbutamol, Indometacin, Kobalt, Blei, Quecksilber und Arsen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Hypo- und Hyperthyreose und Avitaminosen, des weiteren Hypertonie, Hypotonie, Anämie, HWS-Syndrom und vertebrobasiläre Insuffizienz, Gerinnungsstörungen, Barotraumen und Allergien, z.B. auf Lebensmittel und -zusätze.

Das Auftreten von Tinnitus bei normaler Hörschwelle wird immer wieder auf psychische Ursachen zurückgeführt (34, 48); wir kommen weiter unten ausführlicher auf die Psychopathologie des Tinnitus zu sprechen.

Als Faktoren, die einen Ohrton verschlimmern, gelten neuerdings Streß, insbesondere psychischer Streß, Müdigkeit, Nikotin, Coffein, Marihuana und diätetische Momente (57, 58).

Ans Ende unserer "ätiologischen" Ausführungen wollen wir noch eine Kuriosität stellen:Es gibt anscheinend berechtigte Hin - weise darauf, daß die Empfänglichkeit eines Menschen für Ohrgeräusche um so geringer ist, je mehr Pigment seine Iris enthält (44).

Die Tatsache, daß Tinnitus eine Begleiterscheinung so vieler verschiedener Krankheiten ist, erschwert offensichtlich die

Auffindung einer pathogenetisch-pathophysiologischen Kausalkette. Im folgenden Abschnitt wollen wir die in dieser Richtung bislang nicht erfolgreichen Versuche eingehender beleuchten.

4. Pathogenese und Pathophysiologie

Wir wissen nicht, wie der subjektive Tinnitus zustandekommt bzw. was ihn im einzelnen unmittelbar verursacht. Wir stellen diese Aussage an den Anfang dieses Abschnittes, weil sie immer noch der eigentliche gemeinsame Nenner aller Erklärungsversuche und Forschungsergebnisse ist.

Die Übersetzung von Schallereignissen in Hörerlebnisse erfolgt auf mechano-elektrochemischem Wege. Der Erregungszustand der Haarzellen wird mit Hilfe neuraler Entladungsmuster an das Zentralnervensystem übermittelt, das die Impulsserien weiterverarbeitet. Diesen Afferenzen stehen efferente, zentripetale Einflüsse gegenüber, über deren Funktion noch nichts Sicheres bekannt ist (59).

TASAKI (65) und KIANG (32) haben bei Versuchen an Katzen eine spontane Entladungsaktivität auf allen Ebenen des akustischen Systems nachgewiesen, die in Abwesenheit äußerer Schallreize auftritt und deren Ursprung in der Skala media der Kochlea vermutet wird. Diese Spontanaktivität ist nach OPITZ (48) durch ein bestimmtes Muster gekennzeichnet, das für "benachbarte sensorische und neurale Elemente einerseits und für die einzelnen Ebenen des Hörsystems andererseits feststeht", die nach STARR und WERNICK (64) auch efferent beeinflußbar sind. Spontane Entladungen werden in der Regel nicht wahrgenommen. Die eben beschriebenen Tatsachen sind Ausgangspunkt einer heute gängigen Hypothese, nach der "erst der Ausfall bestimm-

ter möglicherweise benachbarter Areale und deren Spontanaktivität" Ohrgeräusche wahrnehmbar machen (48). Für diese Hypothese spricht nach OPITZ das Auftreten von Tinnitus im Bereich umschriebener Hörverluste wie zum Beispiel Hörsenken, Steilabfälle im Hochtonbereich usw.

Die nach OPITZ am häufigsten vertretene Auffassung lautet: Spontanerregung als Hyperirritation, als krankhafte Hyperaktivität von Haarzellen und neuralen Elementen führt zu Tinnitus. Diese Auffassung teilt z.B. REED (53), der die Hyperirritationen partiell geschädigten Teilen der Kochlea zuschreibt. FOWLER (14) glaubt ebenfalls an eine Aktivierung sensorischer Elemente als Ursache des spontanen Tinnitus und sieht die Auslöser dieser Irritationen in fehlerhaften Stoffwechselprodukten, in Sauerstoffmängeln im Endorgan oder in diversen Neuronen, in Gefäßspasmen und intravaskulärem Sludge, dessen emotionale Induktion er für möglich hält.

Eine mechanische Verursachung der Hyperirritation wird von HILDING (27) vertreten: demnach spielt die Loslösung der Unterstützung des Außensaumes der Tektorialmembran durch degenerative oder traumatische Veränderungen die entscheidende Rolle.

DAVIS (9) führt die Hyperirritation der Haarzellen auf Störungen im Auslösemechanismus der Entladungen zurück, die ihrerseits auf einem die Haarzellen permanent geringfügig dislozierenden mechanischen Druck beruhen sollen.

MAHAGORA (42), der die Hypertension für die häufigste Ursache des Tinnitus hält, stellt folgende Kausalkette auf: Eine hypertensionsbedingte Sklerose der Gefäße der Stria vascularis ruft einen Abfall des Endolymphdruckes hervor, der ein Herabsinken der Membrana tectoria nach sich zieht; dies bewirkt eine Dauer-

reizung der Haarzellen und damit die Wahrnehmung eines Ohrgeräusches.

SALATOFF (56) bezweifelt die obige Theorie der abnormen Irritation, da nach Durchschneiden des Hörnerven Tinnitus nach wie vor möglich sei. OPITZ meint, es sei für die Theorie der Spontanerregung aufgrund von Hyperirritation bisher noch kein physiologischer Nachweis erbracht worden (48).

OPITZ (48) resümiert, "der eigentliche Generator des 'internen Klangs' beim sensorineuralen Tinnitus (sei) noch unbekannt", und er führt eine Reihe von Ungereimtheiten an, die mit den bisherigen Hypothesen nicht zu erklären sind. Hierzu zählt vor allem die Tatsache, daß der Tinnitus sowohl bei normaler Tonhörschwelle als auch bei ein- oder beidseitiger Schwerhörigkeit vorhanden sein kann oder auch nicht, daß seine Therapierbarkeit bzw. Therapieresistenz noch völlig undurchsichtig ist und daß dabei efferente Einflüsse eine wesentliche Rolle zu spielen scheinen.

Zu den efferenten Einflüssen zählt nicht zuletzt auch die psychische Verfassung desjenigen, der einen Ohrton hört. Wir wollen uns daher im folgenden Abschnitt der Psychopathologie des Tinnitus-Patienten zuwenden und dabei vor allem die Rolle der Streßbelastung berücksichtigen.

5. Psychopathologie des Tinnitus-Patienten

Von der psychopathologischen Dimension des Tinnitus war und ist in der Literatur - wen auch zumeist nur in Form von Randbemerkungen - immer wieder die Rede. Wenn wir im Folgenden verschiedene Beiträge zu diesem Thema referieren, wollen wir bei psychiatrischen Auffassungen beginnen und über psychosomatisch orientierte Ansätze zu jenen mehr oder weniger gesicherten Erfahrungen und Erkenntnissen fortschreiten, die die Auswirkungen des Tinnitus auf die psychische Verfassung sowie seine persönlichkeitsspezifische Verarbeitung beleuchten und die Zusammenhänge zwischen Streß und Tinnitus näher ins Auge fassen.

BÖNING (4), der hochfrequentes Ohrenklingen bei "ZNS-Gesunden" einem "neurasthenischen Erschöpfungszustand" zuschreibt, plädiert für eine eindeutige Trennung zwischen Tinnitus und akustischen Halluzinationen, gibt aber dafür leider keine Vorgehensweise an. Tinnitus kann nach seiner Auffassung "Leitsymptom" einer "monosymptomatisch larvierten Depression" sein, bei der die Aufmerksamkeitszuwendung vom Ohrton affektiv besetzt ist. Treten unerwartet Ereignisse ein, die die Aufmerksamkeit in eine andere Richtung lenken, kann sich der Stellenwert der Geräuschbelästigung im Erleben des Betroffenen verändern bzw. das Symptom weitgehend auflösen.

Nach HENNER (26) gehen in der Regel Angstneurosen mit Tinnitus einher. Den präpsychotischen Tinnitus bezeichnet er als negative Halluzination, die ihrer Bedeutung nach eine Konflikt - abwehr darstelle.

LÜSCHER (37), der auch den bei Kriegsneurosen oftmals vorhandenen Tinnitus erwähnt, ist der Auffassung, es sei eine längst bekannte Tatsache, "daß die entotischen Ohrgeräusche, insbeson-

dere von hohem Ton- oder Geräuschcharakter, unter emotionellen Einflüssen stehen und . . . bei allgemeiner Nervosität, aber auch bei eigentlichen Neurosen auftreten oder sich verstärken." LÜSCHER schlägt die Brücke zur psychosomatischen Betrachtungsweise, wenn er davon spricht, das Auftreten emotioneller Störungen im Innenohr hänge von dessen vegetativer Innervation ab.

LEIDLER und LOEWY (35) sehen Ohrgeräusche als"in der Regel nur eines der somatischen Symptome der Neurose" an, das jedoch "das einzige Symptom von Seiten der Gehörorgane sein" kann.

Nach KRAINES (33) gehört das Ohrensausen zu den Symptomen der inneren Spannung bzw. wird durch die Erregung des vegetativen Nervensystems ausgelöst. Er möchte es aber nicht als "Organsprache" im engeren Sinne gelten lassen.

MEYER ZUM GOTTESBERGE (45), der u.a. autonome Erregungszustände auf neuraler Ebene für die Entstehung von Ohrgeräuschen verantwortlich macht, sieht in "seelischen Erregungen" die "oftmals bestimmende Ursache", wobei er den Zusammenhang zwischen neuralen und seelischen Erregungszuständen wohl nicht nur verbal herstellen will.

Einen vermutlichen psychosomatischen Zusammenhang zwischen emotionalen Belastungen und Tinnitus hat auch FOWLER (12, 13) ausführlich diskutiert (vergl.S.10)*

TEITELBAUM (66) erwähnt einen Fall von psychogenem Tinnitus und echter, d.h. meßbarer Hörverminderung im gleichen Ohr.Der Tinnitus dieses 50-jährigen Mannes habe sich durch den Streß übertriebener Arbeit verstärkt und durch eine psychotherapeutische Behandlung in entscheidender Weise gebessert. TEITELBAUM folgert, eine psychogene Erkrankung schließe ein begleitendes organisches Leiden nicht aus, wie auch umgekehrt das Vorhanden-

sein organischer Läsionen die Möglichkeit einer hysterischen Reaktion nicht ausschließt.

Wir haben die Psychopathologie des Tinnitus bisher in dem Sinne dargestellt, daß er Symptom einer seelischen Erkrankung ist. Bei der Frage nach seiner kausalen Genese bleiben wir auch hier an Vermutungen hängen. Wir berühren an dieser Stelle zum ersten Mal die berühmte Trennung von Leib und Seele, die unser abendländisches Denken - so auch das medizinische - bis auf den heutigen Tag durchzieht und deren Protagonisten immer eine Frage unbeantwortet lassen, sei es nun die nach dem Leib oder die nach der Seele. TEITELBAUMS Auffassungen, die sich schon an deren Nahtstelle entlangbewegen, leiten über zu jener anderen, meist in Nebenbemerkungen deutlichen, aber bei weitem überwiegenden Sicht, bei der die organische Läsion unangezweifelt im Vordergrund steht und auch ausschließlich als solche gilt. Psychische Phänomene haben hier nur notgedrungen und als reaktive Platz, und erst in der neuesten Literatur kündigen sich andere Zugänge an.

Auf die Erhebungen bezüglich der beeinträchtigenden Wirkungen des Tinnitus haben wir bereits im Abschnitt "Epidemiologie" hingewiesen. Die Beeinträchtigung, ja empfindliche Störung des psychischen Wohlbefindes, der Arbeits- und Gesellschaftsfähigkeit steht außer Zweifel.

BURIAN et al. (7) sprechen davon, daß psychische Faktoren bei der Bewertung des Tinnitus eine große Rolle spielen; sie weisen darauf hin, daß die Relation zwischen Verdeckungsintensität und Bewertung des Geräusches durch den Patienten emotionale Faktoren vermuten lasse, die zu berücksichtigen seien.

REISNER (55) weiß, daß das Ohrensausen die Betroffenen häufig

psychisch sehr belastet, unruhig und agitiert macht.

Für FLEISCHER (11) gilt, daß die psychische Einstellung gegenüber dem Tinnitus ihr Gewicht hat und oft auch depressive Zustände vorherrschen.

HAZELL (25) gibt an, viele Tinnitus-Patienten litten unter Angst und Depressionen und hätten alle möglichen sonstigen Befürchtungen. Er sieht aber auch ganz klar, daß die psychische Verfassung des vom Tinnitus betroffenen Patienten nicht nur Resultat und Reaktion, sondern auch aktiv an der Gestaltung des Leidens beteiligt ist. HAZELL erwähnt, daß manchmal der Tod einer nahestehenden Person oder ein anderes belastendes Ereignis einen Menschen veranlaßt, sich nach innen zu wenden und daß er dann eines Ohrtons gewahr wird, der möglicherweise schon vorher vorhanden war. Weiterhin berichtet HAZELL über eine Reihe von Patienten mit offensichtlicher, klinisch manifester Depression. Nur die Hälfte dieser Patienten sei nach dem Auftreten des Tinnitus depressiv geworden. HAZELL meint, dem Einsetzen des Ohrtons gehe oft eine lange Geschichte depressiver Zustände voraus, und der Tinnitus sei dann im allgemeinen ein willkommener Fokus für die Depression des Patienten.

GROSSAN (20) weist auf den Zusammenhang zwischen Streß, Angst, muskulärer Verspannung und Tinnitus hin. Zunehmender Streß läßt demnach die Angst anwachsen, die mit spastischen Kontraktionen der Nackenmuskulatur einhergeht. Der Tinnitus wird oft durch Angst verstärkt, was GROSSAN zu der Folgerung veranlaßt: "Je mehr Angst, desto mehr Tinnitus".

AMBROSINO (1) läßt keinen Zweifel daran, daß Tinnitus Streß ist. Das Ausmaß der Beeinträchtigung eines Menschen durch den Tinnitus hängt ihm zufolge davon ab, wie "ego-synton" der Betreffende ist,

d.h. wie weit er in der Lage ist, diese Erfahrung als seine eigene zu assimilieren. AMBROSINO beschreibt, wie Patienten, die sehr heftig auf ihren Ohrton reagieren, diesen wie einen realen Gegenstand behandeln, objektivieren und stark affektiv besetzen. Dabei kann - in psychisch weniger gut organisierten Persönlichkeiten - die Verschiebung von Konflikten und Affekten auf das Geräusch eine Abwehr gegen eine noch weitergehende Auflösung des Ichs sein. Eine spezifische Tinnitus-Persönlichkeit kann AMBROSINO allerdings nicht erkennen.

Die einzige umfangreichere Arbeit zur Psychopathologie des Tinnitus stammt von Patricia R.HOUSE (30) und hat die Persönlichkeit des Tinnitus-Patienten zum Thema. Wir werden sie im Folgenden ausführlich referieren, da nur sie spezifische Informationen zu diesem Abschnitt unserer Arbeit bereitstellt und da die Einbeziehung der Streß-Problematik unserem Ansatz, den wir weiter unten darlegen werden, entspricht.

Die Beeinträchtigung durch den Tinnitus kann von geringfügiger Irritation bis hin zum Suizid reichen. Dieses große Spektrum drückt für HOUSE Unterschiede aus in bezug auf die Fähigkeit der Patienten, mit dem Leben überhaupt und mit ihrem Leiden insbesondere fertigzuwerden, auf die Abwehrstruktur der Persönlichkeit, auf soziale Faktoren, die Intensität des Tinnitus und auf begleitende otologische Probleme.

HOUSE hat eine Gruppe von 132 Patienten mit äußerst störendem Tinnitus nach psychologischen Kategorien unterteilt. Demnach zeigten 48 der Patienten eine depressive Reaktion, 54 eine hysterische Konversionsreaktion und 30 Patienten wiesen Konversionsreaktionen mit schizoiden Anteilen und verschiedene Charakterstörungen auf, also eher borderline-artige als neuro-

tische Persönlichkeitsstrukturen.

Die depressiven Patienten waren vor der von HOUSE angewandten Biofeedback -Therapie, auf die wir im Abschnitt "Therapie" noch näher eingehen werden, labil, gehemmt und passiv. Sie waren pessimistisch und wehrten durch Verleugnung ab. Sie wirkten angespannt und äußerten häufig ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Sie erzählten nur wenig und zögernd von sich selbst, hatten dabei aber einen gewissen Einblick in ihre Gefühlslage und waren nicht restlos auf das körperliche Symptom fixiert.

Die Hautpabwehrmechanismen der Patienten mit hysterischen Konversionsreaktionen waren Verleugnung und Verdrängung. Sie schienen das Bedürfnis zu haben, sich in einem positiven Licht darzustellen und waren es gewohnt, Gefühle der Wut zu verdrängen. In ihrem Umgang mit Konflikten neigten sie zur Somatisierung; dementsprechend sahen sie ihre Störung als rein körperliche an und widersetzten sich einer psychologischen Interpretation ihres Leidens. Sie wirkten emotional unreif und waren in psychologischer Hinsicht wenig einsichtig.

Über die Patienten mit Borderline-Symptomatik schreibt HOUSE lediglich, sie hätten generell Schwierigkeiten mit der angebotenen Therapie gehabt.

Aus den Ergebnissen ihrer Testauswertungen, Beobachtungen und therapeutischen Maßnahmen zieht HOUSE die allgemeine Schlußfolgerung, Patienten, die durch ihren Tinnitus schwer beeinträchtigt seien, zeigten depressive oder hysterische Persönlichkeitsstrukturen, neigten häufig zur Somatisierung von Konflikten, zu zwanghafter Beschäftigung mit Körperfunktionen und zu den psychischen Abwehrmechanismen der Verleugnung und Verdrängung.

HOUSE hat mit ihrer Untersuchung der Persönlichkeit des Tinnitus-Patienten eigentlich den Versuch unternommen, sich einer ganz - heitlichen Betrachtung der Tinnitus-Problematik anzunähern, auch wenn die "organische Seite" dabei unangetastet blieb. Sie hat dargelegt und bestätigt, daß und wie die emotionale Belastung und Störung nicht nur Wirkung des Tinnitus ist, sondern auch der Wirksamkeit des Tinnitus den Weg bereitet und sie vorbedingt. Diesem Ineinander wechselseitiger Wirkungen spürt sie noch mehr nach, indem sie SELYE's Streß-Begriff (61) einführt, der zum Grenzbegriff schlechthin an der Nahtstelle zwischen leiblicher und seelischer Krankheit geworden ist. Dabei stellt sie die Streß-belastung, die der Tinnitus ist, in den Vordergrund und deutet dessen Genese im Zusammenhang genereller Streßbelastung nur an.

Nach SELYE verursacht die ständige Überlastung, die von den verschiedenen Streßsituationen des modernen Lebens ausgeht, eine permanente Mobilisierung des Kampf- oder Fluchtverhaltens. Die zivilisatorische Hemmung dieses Verhaltens bewirkt eine bzw. geht einher mit einer physiologischen Verhärtung und Erstarrung neuromuskulärer Systeme, die im Verein mit hormonellen Ungleichgewichten die verschiedensten körperlichen Störungen hervorbringen.

HOUSE (30) faßt Tinnitus als Streßerfahrung auf und berichtet, in der Vorgeschichte einiger Patienten spiele Streß als ein den Tinnitus auslösender Faktor eine Rolle. Patienten, die zum ersten Mal einen Ohrton hören, geraten unter Streß, weil sie ihn nicht einordnen können. "Die psychische Reaktion auf Streß", schreibt HOUSE (30), "ist von Mensch zu Mensch verschieden. Die Reaktion auf Streß hängt vom Ursprung des Streß und von seiner Dauer ab, von der Aufmerksamkeit, die dem Streß zugewendet wird und vom Zustand des Ichs, der existierende Konflikte, die persönliche Reife und die geistigen Eigenschaften des Menschen umfaßt...

Bei den meisten Patienten ist die durch den Tinnitus ausgelöste Streßbelastung behoben, wenn die Tests ergeben, daß kein Anlaß zur Besorgnis besteht ... Bei einigen Patienten ist der Streß ihres Tinnitus anscheinend mehr als sie zu verkraften vermögen. Liegt ein otologisches Problem vor, so ist der Ton ein ständiger Hinweis darauf. Einige Patienten fühlen sich durch das Klingen ständig daran erinnert, daß etwas nicht stimmt. Ich-schwache Patienten können Probleme mit der Realität bekommen. Für sie wird das Symptom zu einer Art Person, die sie verfolgt ... Wer mit Gefühlen der Wut nicht umgehen kann, neigt leicht zur Somatisierung und verschiebt Konflikte und Bedürfnisse auf dieses Symptom; dabei kann eine zwanghafte Beschäftigung mit dem Ohrton resultieren. Dieses zwanghafte Verhalten führt zu anderen neurotischen Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug, Abkapselung und Kontaktverlust bezüglich der Realität. In einigen Fällen scheint der Tinnitus als sekundärer Krankheitsgewinn zu fungieren; er kann zum Beispiel Schuldgefühle, die im Zusammenhang mit beruflichem Versagen oder sozialen Konflikten entstehen, vermindern."

Tinnitus ist Streß. Der Umgang mit diesem Streß sowie mit dem Streß des Lebens überhaupt ist persönlichkeitsabhängig und damit individuell verschieden. Die psychische Verfassung bedingt den Grad der Beeinträchtigung durch den Tinnitus. Wenn wir mit HOUSE (30) davon ausgehen, daß zehn Prozent aller Tinnitus - Patienten schwer beeinträchtigt sind, haben wir gerade bei diesen, die ja unsere eigentlichen Problempatienten sind und an denen unsere therapeutischen Bemühungen immer wieder scheitern, psychopathologische Verhältnisse zu gewärtigen und therapeutisch zu berücksichtigen.

Die Frage, ob und in wieweit dies in der konservativen Therapie des Tinnitus bzw. des Tinnitus-Patienten der Fall ist, wollen wir unter anderem im folgenden Abschnitt zu beantworten versuchen, in dem wir uns mit deren aktuellem Stand befassen werden.

6. Aktueller Stand der konservativen Therapie des Tinnitus

Wenn wir wie NAUJOKS und LOTTER (46) Behandlungsformen wie die Stellatumblockade, die Elektrostimulierung der Kochlea und die Anästhesie des Plexus tympanicus in den Bereich chirurgischer Methoden rücken, verbleiben als wichtigste konservative Maßnahmen die medikamentöse und die physikalische Therapie des Tinnitus.

Die medikamentöse Behandlung stellt nach NAUJOKS und LOTTER (46) die am weitesten verbreitete Therapie des Tinnitus dar. Dabei stehen vasoaktive, die Mikro- und Makrozirkulation optimierende Präparate im Vordergrund. Nach der Einteilung der genannten Autoren gehören die wirksamen Substanzen funktionell entweder zu Analoga unspezifischer Parasympatholytika - wie die Derivate des Diäthylaminoäthanols oder muskulotrope Spasmolytika (Papaverinabkömmlinge z.B.)-oder zu Analoga unspezifischer ß-Sympathotonika - wie Derivate der Methylxanthine, Nikotinsäure und Phenyläthylamine -, oder sie gehören zu einer nicht näher bestimmbaren dritten Gruppe, in der die Diversa Platz finden - wie die Analoga des Histamins und der Antihistaminika, wie Vincamin, niedermolekulares Dextran, Heparin und Heparinoide, Antikonvulsiva, Nukleinsäurederivate, Vitamine (A,B1, B-Komplex und E), Hypnotika, Sedativa und Tranquilizer.

Zu den durchblutungsfördernden Medikamenten ist zu sagen, daß bisher noch kein direkter vasoaktiver Einfluß auf den Labyrinthkreislauf nachgewiesen wurde /GOTTSTEIN (17), LOTTER (42)/, mithin die dahingehende Zirkulationstherapie auf unbestätigten pharmakologischen Hypothesen beruht, was an der Tatsache therapeutischer Erfolge mit diesen Maßnahmen aber nichts zu ändern scheint.

Bei den physikalischen Behandlungsmaßnahmen stehen nach NAUJOKS et al.(64) neuerdings Publikationen über die Anwendung von Hörgeräten mit und ohne Tinnitusmasker im Vordergrund. HAZELL sieht einen Wirkzusammenhang beim erfolgreichen Einsatz des Tinnitusmaskers darin, daß der Patient das Symptom besser akzeptieren kann, weil er dessen Beherrschbarkeit mit Hilfe des Maskers erlebt. Von WEDEL und OPITZ (68) stellen in 10 - 50% der Fälle eine Linderung des Tinnitus durch den Tinnitusmasker bei gleichzeitigem Hochtonhörgerät fest, verweisen allerdings darauf, daß langfristig nur bei sehr wenigen Fällen Erfolge zu erzielen seien.

Die Ultrabeschallung der Fenster zum Innenohr spielt nach SJOBERG (63) und ARSLAN (2) beim Morbus Menière eine erfolgreiche, wenn auch anscheinend - nach NAUJOKS (46) - nicht ungefährliche Rolle.

Physiotherapeutische Behandlung wie Massage, Wärmeapplikation oder das Anlegen eines Schanzschen Kragens kommt als therapeutisches Adjuvans bei HWS-Ätiologie ebenfalls zum Einsatz.

Akupunktur wird wohl hin und wieder angewendet, eine Besserung des Tinnitus wurde allerdings nur in Einzelfällen erzielt /HANSEN (22)/. Auch eine Kombination von Akupunktur und Homöopathie scheint bei geeigneten Patienten den Tinnitus zu lindern oder sogar schlagartig zum Verschwinden zu bringen (persönliche Mitteilung Prof.Eichner, HNO-Poliklinik der LMU München-Großhadern).

In neuerer Zeit gibt es neben den medikamentösen und physikalischen Therapien Behandlungsversuche, die wohl eher in den Bereich der Psychotherapie fallen, obwohl über ausgesprochen psychotherapeutische Behandlungen keine Veröffentlichungen

vorliegen. Bei diesen Versuchen handelt es sich einmal um Hypnose bzw. Heilschlafbehandlung, über die MARLOWE (43) und NAUJOKS et al. (46) Erfolgreiches zu berichten wissen. Die andere Methode ist das sogenannte Biofeedback-Training, von dem schon andeutungsweise die Rede war und das in Amerika mit gutem Erfolg angewendet wird.

Biofeedback-Therapie ist die methodische Anwendung und Ausnutzung von Feedbackmechanismen , die dem Organismus des Menschen zu eigen sind und die wir als Regelkreissysteme kennengelernt haben. Ihre spezifische Anwendung findet die Biofeedback-Therapie beispielsweise in der Hypertonie-Behandlung. Hierbei wird durch ein konsequentes Entsprannungstraining der in einem Leuchtsignal oder Pfeifton sicht- bzw. hörbar gemachte überhöhte Blutdruckwert herabgesetzt und der Erfolg der Relaxation am Aufhören des Signals überprüft. In der Tinnitus-Therapie wird das Biofeedback eher unspezifisch angewendet. Es geht nämlich darum, wie GROSSAN (20) schreibt, die Kette wechselseitiger Verstärkungen zwischen Angst und Tinnitus aufzubrechen. Auf der Basis der von WOLPE und LAZARUS (69) entwickelten Verhaltenstherapie - Techniken wird mit Hilfe des Biofeedback die Angst-Reaktion auf den Streß des Tinnitus durch eine Enspannungsreaktion ersetzt, denn: Wenn die mit der Angst einhergehenden Muskelverkrampfungen behoben sind, muß auch die Angst verschwinden - im Zustand muskulärer Entspannung kann man keine Angst haben.

Außer GROSSAN haben auch noch J.W.HOUSE (29) und P.R.HOUSE (30) über Erfolge der Biofeedback-Therapie bei Tinnitus-Patienten berichtet. Es geht dabei stets um die Beeinflussung der subjektiven Verfassung und Reaktion des Patienten auf seinen Ohrton, um die Verwandlung eines dekompensierten in einen kompensierten

Tinnitus /GOODHILL (15), SEILER (60)/. Die Behandlungsmethode, die vor allem in Übungen zur Tiefenentspannung bestand, erhöhte - wie HOUSE (30) schreibt - auf Seiten der Patienten das Gewahrsein von körperlicher Verspannung und Streßbelastungen und gab ihnen eine Möglichkeit an die Hand, mit dem Streß des Lebens und speziell des Ohrtons besser zurechtzukommen. 80% der von HOUSE mit Biofeedback-Therapie behandelten 132 Patienten gaben am Ende der Behandlung an, die Lautheit des Ohrtons sowie die Häufigkeit seines Auftretens seien vermindert, der Schlaf sei besser und die Medikamenteneinnahme sei weniger geworden, das allgemeine Wohlbefinden und die Einstellung zur eigenen Person seien gebessert und die zwanghafte Beschäftigung mit dem Ohrton habe aufgehört. Einige Patienten haben angeblich sogar gelernt, mit Hilfe des Biofeedback-Trainings ihren Ohrton zu steuern.

Wenn wir diese Ergebnisse im Licht der schon weiter oben ausführlich dargelegten Psychopathologie dieser Patienten - die Gruppe der Depressiven schnitt übrigens bei der Therapie am besten ab - betrachten, scheint uns, als habe sich hier ein hoffnungsvoller neuer Zugang zur Tinnitus-Problematik eröffnet: ein Zugang nämlich, der weniger die Tinnitus-Problematik als vielmehr die Probleme der Tinnitus-Patienten im Auge hat. Dieser Zugang fehlt - abgesehen von tröstendem und verständnisvollem Zuspruch - den übrigen geschilderten Therapiemethoden völlig, da diese den subjektiven Tinnitus ja bekanntlich objektiv angehen wollen.

Wir haben uns bei der Entwicklung unseres Therapie- und Übungsprogramms durch die Erfolgsmeldungen der Biofeedback-Therapie ermutigt und bestärkt gefühlt, auch wenn wir nicht verhaltenstherapeutisch vorgehen und keine Biofeedback-Geräte benützen wollten. Weitere Unterschiede zu und Gemeinsamkeiten mit den

eben beschriebenen Therapieformen werden sich im Folgenden ergeben, wenn wir versuchen, unser eigenes Therapie- und Übungsprogramm "Hilfe zur Selbsthilfe für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen" darzustellen und zu begründen.

II. Das Therapie- und Übungsprogramm "Hilfe zur Selbsthilfe für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen"

Wir haben in den vorangehenden Abschnitten die naturwissen - schaftlich-medizinische und klinisch-therapeutische Problematik des subjektiven Tinnitus aurium in Umrissen dargestellt. Es war und ist auch nicht unsere Aufgabe, das Fundament freizulegen, auf dem diese Problematik beruht. Dennoch wollen wir einleitend festhalten, welche Lebensweise, welches Erleben und welche Denkungsart ihr zugrundeliegen und erst dann die Grundlagen unseres Therapie- und Übungsprogramms beschreiben, mit dem wir uns auf einem neuen Weg zu wissen glauben.

Der naturwissenschaftlich-therapeutische Umgang mit dem Tinnitus, nicht anders als unsere Medizin überhaupt und alle Subsysteme unserer Gesellschaft basieren auf der technisch-industriellen Zivilisation, die wir im Lauf von Jahrhunderten aufgebaut haben und die wir - als Individuen und als Gemeinschaft - Tag für Tag mehr leben, d.h. verwirklichen, als daß wir bloß in ihr lebten /GROSSINGER (21a)/. Sie ist eine Lebensweise, und ihre Merkmale der technologischen Produktion von Waren und Aktivitäten sowie deren Konsum sind der Medizin selbstverständlich inhärent. Sie ist aber auch eine Weise des Erlebens, charakterisiert durch egozentrisches Haben und Tun, durch Profitieren und Leisten als deren Steigerung, durch eine überwiegend intellektuell-rationale Realitätsverarbeitung, durch eine Verflachung, Verarmung und Abspaltung des Gefühls- und Gemütslebens und der Sinnlichkeit, durch ein mechanistisch-maschinenhaftes Bild vom Körper und von der Psyche - mit einem Wort - durch eine Entfremdung, die uns allen, auch uns Ärzten und uns Patienten, innewohnt. Und sie ist schließlich auch eine Art zu denken, zu der die Schlagworte

Abstraktion, Definition, Rationalität, Kausallogik, Verallgemeinerung, Objektivität, Wissenschaftlichkeit und Differenzierung passen - unsere Art zu denken.

Alles bisher Beschriebene und auch noch die Beschreibung selbst ist nicht nur von diesen Weisen des Lebens, Erlebens und Denkens durchwirkt; ihnen verdankt es seine Existenz und seinen Rang. Und wir selbst sind es, die so leben, erleben und denken: Wenn uns als den mit der technologischen Produktion einer Ware namens "Funktion o.B." beschäftigten Ärzten jemand aufsucht, der sich und den wir als "Patient" bezeichnen und der klagt, etwas funktioniere wohl bei ihm nicht richtig, er höre nämlich in beiden Ohren einen Dauerton - was tun wir?

Wir stellen seine und unsere Gefühlswelt hintan, abstrahieren einen so definierten "Tinnitus aurium" und allenfalls eine psychopathologische Verfassung von dem leidenden Menschen und versuchen nun, gemäß unserem mechanistisch-maschinenhaften Bild vom Körper und vom Seelenleben eine Ursache der Störung zu finden. Wenn wir erst ihren Mechanismus kennen, so glauben wir, können wir die Störung selbst auch gleich beheben. Und so ist ein großer Teil von uns ständig mit der Erforschung der Ursachen befaßt - empirisch, experimentell, wissenschaftlich, intellektuell, sachlich und gefühllos. Wir behandeln einstweilen, getreu den Ergebnissen der Wissenschaft, den Tinnitus und bestenfalls auch noch die Persönlichkeit des Tinnitus-Patienten, nicht aber einen Menschen in seiner Ganzheit und Einzigartigkeit - was dem Patienten auch durchaus recht ist, teilt er doch unsere Weise zu leben, zu erleben und zu denken. Nur wenn er weiterhin leidet und wir mit unseren Maßnahmen versagen, hat er und haben wir die Chance, uns einem anderen als dem bisher gewohnten Zugang

zu öffnen. Den von uns gewählten anderen Zugang, unser Therapie- und Übungsprogramm "Hilfe zur Selbsthilfe für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen" wollen wir im Folgenden beschreiben, nicht ohne einzugestehen, daß wir selbst damit noch teilweise im Rahmen des Gewohnten bleiben, auch wenn Intention und Idee einen neuen und eigenen Rahmen bilden, den auszufüllen unsere praktische Arbeit war.

1. Theoretische Grundlagen

Wir öffnen uns jenem anderen Zugang, indem wir uns dem Menschen in seiner Ganzheit widmen, ihm selbst die Verantwortung für sich überlassen und seine Krankheit als einen letztlich selbstgeschaffenen Erfahrungsbereich ansehen, in dem es eine Menge Neues zu lernen gibt.

Wir gehen davon aus - und schon die eigene lebendige Erfahrung und das Beispiel und Vorbild anderer Menschen reichen uns als Bestätigung - daß wir Menschen Individuen sind, d.h. Unteilbare. Leib und Seele, Soma und Psyche lassen sich nicht trennen, sie sind eins, ein Ganzes; was immer wir tun und erleben, geschieht in dieser Einheit und aus ihr heraus. Der physiologische Vorgang ist uns der psychische Vorgang und umgekehrt. Freilich befinden wir uns hier auf fragwürdigem Terrain, beschwören wir doch auch die Einheit mit dem Wortschatz der Teilung. Aber es geht bei dieser Einheit nicht um etwas, das mit Worten zu begreifen wäre; Worte sind hier allenfalls Wegweiser. Am Ort der Einheit selbst sind wir sprachlos.

Diese ganzheitliche Auffassung vom Menschen - die <u>eine</u> Position im jahrhundertealten abendländischen Leib-Seele-Streit - hat im Gefolge der FREUD'schen Psychoanalyse mächtigen Aufwind erhalten.

Wilhelm REICH kam aufgrund seiner charakteranalytischen Studien zu dem Schluß, die körperlichen und seelischen Funktionen des Menschen seien funktionell identisch und im Grunde nicht zu trennen (54). Sein Schüler Alexander LOWEN, der die bioenergetische Therapie entwickelte, schreibt zu diesem Thema: "Wir sind Zeugen der Entwicklung einer neuen Achtung vor dem Körper, und wir entfernen uns allmählich von der alten Dichotomie, die in Seele und Leib zwei deutlich voneinander unterscheidbare und getrennte Einheiten sah. Leib und Seele gehören zusammen, was wir in Wirklichkeit im tiefsten Inneren immer schon gewußt haben" (38). Carl Gustav JUNG sieht die Einheit von Seele und Körper als ein "Mysterium"; die Seele ist ihm "das innerlich angeschaute Leben des Körpers" und der Körper "das äußerlich geoffenbarte Leben der Seele" (31). Für Fritz PERLS, den Begründer der Gestalttherapie, arbeitet der Organismus stets als ein Ganzes: "Wir haben nicht eine Leber oder ein Herz. Wir sind Leber und Herz und Gehirn und so weiter, und sogar das ist falsch. Wir sind keine Summen von Teilen, sondern ein Zusammenspiel all dieser verschiedenen Teilchen, die in die Bildung des Organismus eingehen" (49). Er geht sogar noch weiter, wenn er die ökologische Auffassung vertritt, wir müßten stets den Ausschnitt der Welt, in dem wir leben, als Teil von uns selbst, mithin uns und unsere Umwelt als Ganzes betrachten.

Harry A.TEITELBAUM, der seinen psychosomatischen Monismus in jeder nur erdenklichen Weise untermauert, vergleicht das Verhältnis zwischen Soma und Psyche der Massen- bzw. Energie-Phase im Atom, wie sie sich aus der EINSTEIN'schen Relativitätstheorie ergibt; die leiblichen und seelischen Aspekte sind zwei Phasen eines integrierten Organismus-Umwelt-Systems. "Jede Erfahrung, die ein Organismus macht, ob sie nun der Außenwelt oder der

Innenwelt entstammt, im sogenannten Normalzustand oder in pathologischen Zuständen stattfindet, wird automatisch auf rezeptivem Wege in das Organismus-Umwelt-System integriert ... und beeinflußt ebenso automatisch auf efferentem Wege das Ausdrucksverhalten des Organismus" (66). TEITELBAUM legt hier eine holistische Auffassung vor, die konsequentem wissenschaftlichem Weiterdenken entspringt und nicht an der alten Bruchstelle von Körper und Seele stehenbleibt. Aber er erreicht diese Ganzheit erst in der äußersten Abstraktion, und so gilt hier fast schon wieder, was GROSSINGER schreibt: "Wir leben in gewisser Hinsicht ein Leben, das vom tatsächlichen Leben, welches uns lebt, abstrahiert ist. Wir haben keine Sprache für das leibseelische Agglomerat, das wir sind, und so leihen wir uns entweder vom Körper oder vom Geist eine Sprache, um systemische Veränderungen zu erklären" (21 b).

Wenn wir den Menschen in seiner Ganzheit sehen, gelangen wir auch zu einer ganzheitlichen Auffassung von Gesundheit und Krankheit. Der gesunde wie der kranke Mensch ist leibseelisch eine Einheit, und wir trennen nicht die körperliche Erkrankung von der seelischen ab. Auch sie sind eins, wie unbegreifbar uns auch immer diese Einheit erscheinen mag - fangen wir doch gerade erst an, sie zu erforschen. Die Pathophysiologie ist uns die Psychopathologie und umgekehrt, und die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend. Beide sind weniger konkrete und abgrenzbare Wesenheiten, als vielmehr integrierte und prozeßhafte Seins- und Erlebensweisen des Menschen. Buchstäblich jede Handlung, jeder Gedanke, jede Erfahrung, jedes Gefühl ist leibseelische Wirkung und Ursache in diesem ökologischen Prozeß, den wir unser Leben nennen. Wie wollten wir da Gesundheit und Krankheit ausgrenzen, ohne auf einen fragwürdigen Dualismus zurückzugreifen? Gesundheit und Krankheit gibt es nicht. Was es gibt,

ist die stete Wandlung jenes leibseelischen Prozesses namens Mensch. Daher kann GROSSINGER schreiben: "Die Krankheit mag sich in pathologisch verändertem und beschädigtem Gewebe widerspiegeln, sie ist aber auch der Ort, an dem alle Krisen und Notwendigkeiten des Organismus zusammenkommen. Krankheit ist die vertrauliche Niederschrift der Stürme und Wandlungen des Lebens auf den einzelnen Körpern und auf dem Kollektivkörper der Biosphäre" (21 c). Und,so können wir hinzufügen, die Niederschrift geht immer weiter, und manchmal nennen wir sie Krankheit, manchmal Gesundheit, so wie wir auf den letzten Tag des alten Jahres den ersten eines neuen Jahres folgen lassen, obschon sich am Lauf der Zeit nichts ändert.

In der Tat leben wir diesen leibseelischen Prozeß jenseits und vor dem Gesund- und Kranksein auch, solange uns nichts fehlt; nur fehlt uns meistens etwas, und wenn wir oder die anderen uns als krank bezeichnen, erst recht. Aber wir fragen dann im allgemeinen nicht, was uns wirklich fehlt, sondern wollen nur schnellstens das wieder loswerden, was wir haben: den Herzinfarkt, die Hochdruckkrise, den Tinnitus. Spätestens jetzt fangen wir an, zu trennen: Gesundheit von Krankheit, den Körper von der Seele, die Krankheit vom restlichen Organismus und so fort. Wir spalten die Krankheit als etwas uns Fremdes ab, mit dem wir nichts zu tun haben. Spätestens jetzt vergessen wir all die Handlungen, Gefühle, Gedanken und Erfahrungen, die in einem fortwährenden Zusammenspiel schließlich zu dem geführt haben, was wir jetzt erleben. Wir wollen spätestens jetzt nicht mehr wahrhaben, daß Körper, Seele und Geist ein einheitliches Ganzes sind, in dem es keine isolierten Veränderungen gibt. Wir sind nicht bereit, die Verantwortung für uns und unseren gegenwärtigen Zustand zu übernehmen und anzuerkennen, daß wir selbst letztlich das, was wir jetzt

unsere Krankheit nennen, hervorgebracht haben.

Wenn wir diesen Bruch nicht mitvollziehen, sondern an der leib-seelischen Ganzheit des Menschen festhalten, können wir dem Menschen auch wieder sein angestammtes Recht zuerkennen, die Verantwortung für sein jeweiliges Befinden - gleichgültig ob er oder wir dies gesund oder krank nennen - selbst zu tragen. Hierin sehen wir eine weitere Grundlage unseres Therapie- und Übungsprogramms, die weitreichende Konsequenzen nach sich zieht. Wenn wir nämlich die Eigenverantwortung betonen - nicht im Sinne moralisierender Schuldzuweisung, sondern als Bereitschaft, sich mit sich selbst im weitesten Sinne und in jeder Hinsicht zu identifizieren - haben wir einen ersten Schritt getan, uns aus der wechselseitigen Abhängigkeit des Arzt-Patienten-Spiels zu befreien und mündig zu werden. Wenn wir die Eigenverantwortung postulieren, erkennen wir an, daß das Kranksein, das ein Mensch erfährt, ihm nicht einfach blindlings widerfährt, sondern Ergebnis unzähliger kleinerer und größerer Verhaltens-, Denk- und Gefühlsschritte ist, die er selbst und letztlich selbstverantwortlich - nämlich als Antworten - getan hat. Das Kranksein ist aber nur ein vorläufiges Ergebnis; es ist wie eine Land - schaft, die wir durchschreiten und in die uns unsere bisherigen Schritte geführt haben. Dort angelangt, hören wir nicht auf, Entscheidungen zu treffen, zu denken, zu fühlen, zu handeln - wir gehen weiter. Wenn wir selbst die Verantwortung übernehmen, haben wir die Chance, bewußt eine andere Richtung einzuschlagen, d.h. an unserem Weg zu arbeiten. Hier stoßen wir auf die dritte Schicht des Fundaments unserer Arbeit: Wenn wir uns selbst verantworten, erkennen wir nicht nur an, was wir getan oder unterlassen haben, sondern auch, daß wir selbst etwas tun oder unterlassen können, um - wie wir gewöhnlich sagen - "wieder gesund"

zu werden. Wir können von unserer Krankheit lernen und an unserer Genesung arbeiten.

Wenn wir uns als selbstverantwortliche, eine leibseelische Einheit bildende Individuen, schlicht als Menschen verstehen, leuchtet uns problemlos ein, was mittlerweile auch schon die wissenschaftliche Avantgarde bestätigt: "Jede Veränderung des physiologischen Zustands geht mit einer entsprechenden, bewußt oder unbewußt verursachten Veränderung des geistig-emotionalen Zustands einher, und umgekehrt folgt jeder bewußt oder unbewußt erzeugten Veränderung des geistig-emotionalen Zustands eine entsprechende Veränderung des physiologischen Zustands" (18). Wir werden also darangehen, an uns selbst zu arbeiten, uns in unserem Kranksein kennenlernen, uns unserer leibseelischgeistigen Einheit hier und jetzt innewerden, uns unserer früheren geistig-emotionalen und physiologischen Zustände erinnern und neue Wege einschlagen, die unsere Befindlichkeit verändern. Wir werden unsere Krankheit nicht mehr von uns abspalten, sondern sie uns zu eigen machen, uns selbst in ihr wiedererkennen, aus ihr lernen, wer wir als ganze Menschen sind und waren. Verantwortung übernehmen heißt hier, daß wir uns selbst nüchtern und leidenschaftlich Rechenschaft darüber abgeben, wie wir dahin gelangt sind, wo wir uns jetzt befinden, und daß wir selbst bewußt die geistigen, emotionalen und körperlichen Schritte tun, die uns weiterbringen. Dies schließt keineswegs aus, daß wir uns der Mittel und Möglichkeiten der modernen Medizin bedienen; aber wir verweisen sie in die Schranken ihrer eigenen Relativität. Als Ärzte behandeln wir nun nicht mehr eine isolierte Krankheit, die der Patient uns überantwortet hat; wir helfen ihm vielmehr, sich selbst zu helfen, wir stehen ihm bei, wenn er als sein eigener Arzt arbeitet, wir sind, was wir wahrhaft sein sollen - seine Diener.

Was bedeutet unter diesen Voraussetzungen "Heilung"? Wir arbeiten nicht mehr an einer abgespaltenen Krankheit - an "meinem Diabetes", "meinem Tinnitus" - oder lassen andere, Ärzte, Schwestern, Apotheker, an ihr arbeiten. Wir arbeiten an uns selbst. Heilung ist dann mehr als eine bloß funktionsgerechte technologische Reparatur eines Schadens, die wir mit Skalpell und Chemikalien bewerkstelligen können oder nicht. Heilung ist dann unser Versuch, heil zu werden oder uns unseres ursprünglichen Heilseins inne zu werden, jener Einheit und Ganzheit von Leib, Seele und Geist, von der wir anfangs sprachen. Heilung ist unsere bewußte und unbewußte, leibliche, seelische und geistige Arbeit an unserer Bereitschaft, heil zu sein, ganz zu sein, eins zu sein. Heilung ist die Arbeit an der Bereitschaft zum Heilsein, denn dieses selbst können wir nicht erarbeiten; wir können es nur geschehen lassen. Verantwortung für uns selbst übernehmen, bewußtwerden und annehmen, spüren, fühlen und wissen, wer wir sind und was wir tun - von Augenblick zu Augenblick - das sind die ersten Schritte auf dem Weg zur Heilung.

Was wir bisher als unsere theoretischen Grundlagen beschrieben haben, ist eine abstrahierte Zusammenfassung ganzheitlichen Lebens, Erlebens und Philosophierens, gründet sich also auf ein gelebtes und erzählbares Wechselspiel von Erfahrung und Reflexion. Wenn die Frage auftaucht, ob ein vergleichsweise geringfügiges praktisches Vorhaben auf einem vergleichsweise schmalen Sektor der Medizin eine so umfassende und weitreichende Grundlegung - wie eben beschrieben - rechtfertige, antworten wir Folgendes: Der etablierten Medizin sind ihre eigenen theoretischen Grundlagen längst in Fleisch und Blut übergeganen (21); sie werden - abgesehen von einigen spezialisierten Randerscheinungen - nicht mehr reflektiert oder offengelegt,

sondern nur noch naiv-gläubig praktiziert. Die Weltanschauung, auf der unser medizinisches Denken und Handeln fußt, ist diesem so inhärent, und sie ist im Rahmen unserer technisch-industriellen Zivilisation von uns allen so akzeptiert, daß es nicht nötig scheint, sie vor jeder medizinischen Aktion wie ein Confiteor zu repetieren - wir wissen ohnehin alle, worum es geht. Bei unserem Therapie- und Übungsprogramm handelt es sich hingegen um die Konkretisierung einer Lebens- und Denkweise, die weder allgemein bekannt, noch akzeptiert oder gar selbstverständlich ist. Wir haben es daher durchaus nötig, unsere theoretischen Grundlagen offenzulegen und die Voraussetzungen unseres ärztlichen Tuns zu vertreten - auch um Mißverständnissen vorzubeugen. Das Verhältnis, das zwischen dem kreißenden Berg und der kleinen Maus besteht, darf bleiben, was es ist - die Erstgeburt ist in jedem Fall ein Paradigma; und wir sind immerhin bei der Fülle des Potentials nicht stehengeblieben, sondern haben einen Schritt in die Realität getan.

Dabei befinden wir uns glücklicherweise in guter und wachsender Gesellschaft. Wir wollen am Schluß, auch um die Konkretheit und Konkretisierbarkeit unseres Ansatzes zu veranschaulichen, zwei Werke referieren, in denen dieselben Grundlagen und die daraus resultierende geistig-emotionale und körperliche Arbeit an der Heilung beschrieben werden. Wenn wir damit auch nicht in allem übereinstimmen, haben wir uns doch vielfältig anregen und ermutigen lassen und einige Konzepte uns zu eigen gemacht, die uns für die praktische Arbeit wichtig schienen.

Das eine Buch stammt aus der Feder des Onkologen und Radiologen O.Carl SIMONTON sowie der Psychologin Stephanie MATTHEWS-SIMONTON, wendet sich an Krebspatienten und hat den Titel: "Wieder gesund

werden. Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen" (62). Die Autoren erläutern zunächst, unter besonderer Berücksichtigung der Streßproblematik, ihre ganzheitliche Auffassung vom Menschen, von Gesundheit und Krankheit, vor allem natürlich in bezug auf den Krebs. In einem zweiten Teil folgt eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte, die offenbar einen praktikablen und erfolgreichen Weg zur Gesundheit eröffnet. Die Autoren beginnen, indem sie unsere konkrete Verantwortung für uns selbst betonen: "Wir alle wirken auf unsere eigene Gesundheit ein - durch unser Denken und Fühlen, durch unsere Einstellung zum Leben wie auch unmittelbar, zum Beispiel durch Gymnastik oder Diät"(9).
Ihre grundlegende Prämisse lautet, Krankheit sei ein Problem des ganzen Menschen, das auch die geistigen und emotionalen Funktionen einbegreift, und sie schließen daraus:"Ist nicht das ganze Gefüge von Körper, Geist und Emotionen auf die Gesundung ausgerichtet, können rein physische Interventionen nichts helfen. Ein wirksames Behandlungsprogramm muß sich mit dem menschlichen Wesen in seiner Ganzheit befassen und darf nicht ausschließlich auf die Krankheit zentriert sein"(S.19). Zur Begründung ihrer Prämisse führen die Autoren an, wie zum Beispiel positive Erwartungen bezüglich des Heilungsverlaufs, letztlich also die Macht des Glaubens, diesen günstig beeinflussen, und sie nennen eine Reihe von Untersuchungsergebnissen bezüglich des berühmten Placebo-Effekts (S.32 ff.). Die Erklärung hierfür finden sie wiederum in der psychosomatischen Ganzheit des Menschen, und sie folgern daraus, daß es möglich sein müsse, psychische Kräfte zum Zweck der Genesung zu aktivieren. Die Faktizität der leibseelischen Einheit sehen die Autoren auch durch die in der jüngsten Zeit entwickelte Biofeedback-Technik bestätigt, die wir schon im Abschnitt über die Klinik des Tinnitus erwähnt haben

(vgl. S.23*)"Die Biofeedback-Forschung", zitieren sie ELMER und Alyce GREEN von der Menninger-Klinik, "erbringt die ersten medizinisch nachprüfbaren Hinweise darauf, daß geistige Kräfte sowohl Krankheiten zu heilen als auch hervorzurufen vermögen" (S.44). Die Konklusion der Autoren lautet: "Es ist heute nicht mehr möglich, den Körper als eine Maschine zu sehen, in der man nach Belieben fabrikmässig hergestellte Ersatzteile austauschen kann. Statt dessen sehen wir Körper und Geist als ein integriertes System" (S.45).

Im weiteren Verlauf des Buches ist für unsere Thematik besonders interessant, was O.Carl SIMONTON und Stephanie MATTHEWS-SIMONTON zur Verbindung zwischen Streß, Persönlichkeit und Krankheit zu sagen haben, vor allem da wir mittlerweile auch die Bedeutung der Streßbelastung beim Tinnitus kennengelernt haben. Die Autoren führen SELYE an, der gezeigt hat, daß emotionale Reaktionen auf Streß eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit bewirken können. Mittlerweile haben Wisenschaftler der University of Washington eine Skala entwickelt, mit deren Hilfe das Ausmaß der Streßbelastung in Zahlen ausgedrückt werden kann, die jeweils bestimmten einschneidenden Ereignissen wie Tod des Ehepartners, Entlassung, Veränderung des finanziellen Status usw. zugeordnet sind. Das Entscheidende an diesen Streßbelastungen ist die Veränderung, die sie mit sich bringen und die eine Neuorientierung und Anpassung erfordert, gleichgültig, ob sie für uns positiv oder negativ ist. Die individuelle Fähigkeit, mit dieser Veränderung fertig zu werden, nämlich in geistig-emotionaler wie auch in körperlicher Hinsicht, ist ausschlaggebend für die krankmachende Wirkung solcher Streßereignisse. Wenn sie sich häufen und wir immer wieder in unserem Versuch, sie zu bewältigen, scheitern, entsteht chronischer Streß mit seinen Folgen des hor-

Anmerk.: * betr.Seite der vorliegenden Arbeit

monellen Ungleichgewichts, der Hypertonie, der Arteriosklerose, der Schwächung des Immunsystems usw. (vergl.S.62-70).

Unsere Reaktion auf Streßfaktoren verläuft meist nach gewohnten Mustern, die, schreiben die Autoren, "von unseren unbewußten Auffassungen darüber beeinflußt werden, was wir, die Welt und die anderen sind und sein 'sollen'" (S.74). Wenn aufgrund solcher persönlichkeitsspezifischer, geistig-emotional-körperlicher Reaktionsmuster schließlich Krankheiten entstehen oder bestehende sich verschlimmern, können wir an eben dieser Stelle ansetzen, um an unserer Gesundung zu arbeiten.

Die Autoren setzen diese Arbeit, zu der sie im zweiten Teil ihres Buches anleiten, nicht an die Stelle der medizinisch-somatischen Behandlung, sondern gleichwertig neben sie. Die Verfahren, die sie angeben, wenden sich an den ganzen Menschen und "sind darauf angelegt, alle Teile dieses Systems anzusprechen und das körperliche, seelische und geistige Gleichgewicht wiederherzustellen" (S.131). Es handelt sich bei ihnen in methodischer Hinsicht um therapeutische Gespräche, Entspannungsübungen, Aufklärung über medizinisch-psychologische Sachverhalte, sogenannte Visualisierungsübungen, bei denen die aktive bildliche Vorstellung im Vordergrund steht usw. Inhaltlich geht es um folgende Bereiche: Erforschung der Eigenverursachung der Krankheit mit besonderer Berücksichtigung der Streßfaktoren und persönlichen Reaktionsmuster; Aufdeckung der Vorteile der Krankheit, des von FREUD so genannten sekundären Krankheitsgewinns; Überwindung des inneren Grolls, Zielsetzungen, Einstellungsänderungen, Visualisierung des Selbstheilungsvorgangs, Bewegungstraining, Umgang mit dem Schmerz und andere mehr (vergl.S.131-137).

Die Autoren haben mit ihrem Programm zur Wiedergesundung zweifel-

los einen bedeutenden und erfolgreichen Schritt in die richtige Richtung getan, und wir werden weiter unten noch ausführlich darauf verweisen, was wir in praktischer Hinsicht von ihnen übernommen haben. Freilich übersehen wir dabei nicht, daß ihre Ganzheitsauffassung zuweilen einer Erweiterung des Maschinenmodells vom menschlichen Körper und seinen Krankheiten um die Bereiche Seelenleben und Denkkategorien nahekommt. In praktischer Hinsicht entspricht dem ein mechanistisch anmutendes Vorgehen nach Art simpler Ursache-Wirkungs-Vorstellungen, die verstandesgemäß und voluntaristisch realisiert werden. Demgegenüber halten wir an der prozeßhaften und unteilbaren Integrität des Menschen fest, der einzig und über jede systematisch-zielorientierte Übung hinaus das bewußte Wahrnehmen und Erleben dessen, was ist, adäquat erscheint.

Das zweite Werk stammt von Norman COUSINS, einem Laien, wie wir sagen würden, und trägt den Titel: "Der Arzt in uns selbst" (8). Wir verdanken ihm weniger einen Beitrag zur theoretischen Fundierung oder auch praktischen Ausrichtung unserer Arbeit, als vielmehr eine exemplarische Bestätigung. Es enthält unter anderem die Geschichte eines Mannes, der die Verantwortung für seine Genesung von einer schweren Krankheit selbst übernommen hat, und zwar im Rahmen und ohne Leugnung der bestehenden medizinischen Behandlungsweise. Durch seinen vehementen und konsequenten Einsatz für sich selbst hat er deren Segnungen erst wahr gemacht, und durch seine Wiederentdeckung des Arztes in uns, der sich als leibseelische vis medicatrix naturae, als Lebenskraft und Lebenswille, als kreative geistige Unterscheidungsgabe und folgerichtiges Denken, als positive, bejahende Gefühle wie Humor, Liebe, Vertrauen und Hoffnung und deren vermutete heilsame Physiologie und Biochemie darstellt, hat er sie unendlich be-

reichert.

Der Autor, der seine Geschichte im NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE veröffentlicht hat und dadurch weitreichenden Widerhall in der amerikanischen Ärzteschaft fand, erkrankte scheinbar plötzlich an einer äußerst schmerzhaften Kollagenose mit Bewegungsunfähigkeit, Fieber und hoher Blutsenkung, die eine Klinikeinweisung notwendig machte. Als er die Diagnose - nämlich Spondylitis rheumatica ankylosans - und die entsprechend schlechte Prognose erfuhr, fühlte er sich gezwungen, "selbst aktiv zu werden. Mir wurde bewußt, daß ich gut daran tat, etwas mehr zu sein als nur ein passiver Beobachter" (S.27). Infolgedessen diskutierte der medizinisch allerdings schon länger interessierte und vorgebildete Mann mit seinem behandelnden Arzt die möglichen Ursachen seiner Erkrankung und versuchte, die Folge innerer und äußerer Ereignisse zu rekonstruieren, die ihr unmittelbar vorausgingen. Die ursächlich angeschuldigte Schwermetallvergiftung schien ihm nur deshalb wirksam geworden zu sein, weil er sich gleichzeitig in einem Zustand psychophysischer Erschöpfung befunden hatte, die er in Anlehnung an SELYE's Streßtheorie als endokrines Ungleichgewicht deutete. Der Zusammenhang zwischen negativen Gefühlen wie Frustration oder unterdrückter Wut, die ja bei seiner Vorgeschichte eine Rolle gespielt hatten, und der Erschöpfung seiner endokrinen Funktionen führte ihn zu folgender Frage: "Wenn negative Empfindungen negative chemische Veränderungen im Körper hervorrufen konnten, würden positive Empfindungen dann nicht positive chemische Veränderungen bewirken?" (S.32). Er wagte die Probe aufs Exempel, stellte in enger Zusammenarbeit mit seinem Arzt und nach gründlichem Literaturstudium seine Medikation so um, daß ihre Toxizität auf ein Minimum reduziert war - er verzichtete auf Schmerzmittel und nahm lediglich höchste Dosen

von Vitamin C -,(deren Placebowirkung er später ausführlich diskutiert)-, verließ das Krankenhaus, quartierte sich in einem Hotelzimmer ein und kultivierte mit aller Leidenschaft eine höchst heilsame und positive Empfindung - nämlich das Lachen bzw. den Humor. Nicht nur entdeckte er bald die analgetische, schlafördernde Wirkung zwerchfellerschütternden Lachens; nach den "Lachepisoden" war die Blutsenkung jeweils um mehrere Punkte niedriger als vorher, was ihm eine physische Bestätigung der alten Theorie war, daß Lachen eine gute Medizin ist (S.38). Norman COUSINS ist weitestgehend genesen. Seine wichtigste Schlußfolgerung lautet, daß der Wille zu leben - in seinen Aspekten der Kreativität, der Liebe, des Vertrauens, des Glaubens, des Humors und der Hoffnung - "keine theoretische Abstraktion, sondern eine physiologische Realität mit therapeutischen Eigenschaften ist" (S.43).

Wir haben von COUSINS eine weitere Facette ganzheitlichen Denkens und Handelns gelernt; er hat den auch von uns postulierten lebendigen Zusammenhang und die Einheit von Geist, Körper und Seele erkannt und seine eigene Verantwortung für deren Zusammenspiel akzeptiert. Und er hat auf seine Weise danach gehandelt. Die treffendste Zusammenfassung der Wirksamkeit seiner Bemühungen erfährt er von Albert SCHWEITZER, als er ihn befragt, wie es sich erkläre, daß überhaupt jemand nach der Behandlung durch einen afrikanischen Medizinmann hoffen könne, gesund zu werden, und wir wollen sie daher an den Schluß unseres Berichts stellen: "Alle Patienten tragen ihren eigenen Arzt in sich. Sie kommen zu uns, ohne diese Wahrheit zu kennen. Wir sind dann am erfolgreichsten, wenn wir dem Arzt, der in jedem Patienten steckt, die Chance geben, in Funktion zu treten" (S.72).

Wir haben nunmehr mit angemessener Ausführlichkeit und exempla-

rischer Verdeutlichung die theoretischen Grundlagen unserer Arbeit vorgestellt. Konzentrieren wir sie, eine Stufe konkreter werdend, in unserem thematischen Brennpunkt, dem Tinnitus und seiner Therapie, so erhellt daraus Folgendes: Das Phänomen des Tinnitus - mit oder ohne begleitende Ohrerkrankung - ist mehr als das Symptom einer wie auch immer gearteten organischen Läsion. Es ist ein leiblich-seelisch- geistiges Phänomen, eingebettet in den ganzheitlichen Lebensprozeß des Menschen, der es wahrnimmt und unter ihm leidet. Die Tatsache, daß einzig und allein er diesen Ton hört, macht dessen Zugehörigkeit zu ihm, ja geradezu dessen Privatheit, noch deutlicher. Der Tinnitus ist nichts Fremdes; er ist das Eigene. Der Tinnitus sind wir selbst, und indem wir ihn wahrnehmen, anerkennen und erforschen, nehmen wir uns selbst wahr, anerkennen und erforschen wir uns. Wir starren nicht auf die organische Läsion wie das Kaninchen auf die Schlange, sondern wir sind sie und übernehmen die volle Verantwortung dafür. Subjektiver Tinnitus aurium ist Ton gewordene Geschichte und Gegenwart. Wenn er nicht nur Ergebnis unseres Denkens, Fühlens, Tuns und Lassens, sondern auch dieses selbst ist, dann enthält er es als sprachlich vermittelbare Botschaft, die uns in der leiblich-seelisch-geistigen Identifikation mit ihm zugänglich wird.

Das Ohrensausen ist eine auditive Wahrnehmung, die mit dem Hörorgan, einem Organ der Kommunikation mit der Welt und den Mitmenschen, zusammenhängt und dessen psychosomatische, psychosoziale und sinnstiftende Dimensionen teilt. Im Tinnitus klingt der gefühlsmäßige und verbale Austausch mit anderen Menschen an, und wir scheuen uns nicht, im Ohr zu behalten, was der Volksmund sagt: "Wenn dir die Ohren klingen, wird über dich geredet" oder "Mögen ihr die Ohren klingen!" oder "Da kann man ja Ohrensausen kriegen!".

Über den Zusammenhang zwischen dem Ohrton und der Streßbelastung haben wir vielfältig gesprochen, und wir wollen hier nur noch einmal seine Integrität hervorheben: vegetativer Tonus, endokrine Funktion, Stoffwechsellage, Körperhaltung, Charakterstruktur, Gefühlsleben, Arbeitsverhalten, Denk- und Lebensweise gehören unteilbar zum einen wie zum anderen.

"Ich bin mein Ohrton" ist Ausdruck eines integren und verant - wortungsvollen Selbstverständnisses, das im Gegensatz zu jener entfremdeten Haltung steht, durch die das Leiden isoliert und abgespalten wird und seine Behandlung anderen überlassen bleibt. Die Arbeit am Ohrton wird zur Arbeit an dem, der ihn hört, zur Arbeit am eigenen Selbst, und, in Wahrheit, wenn wir erst einmal hinhören, können wir Schätze bergen, die unerhört sind.

Aber wir wollen hier unseren theoretischen Höhenflug abbrechen und nicht weiter vorgreifen. Entscheidend sind nicht unsere Auffassungen zu diesem Thema, sondern das, was sich im Verlauf unseres Therapie- und Übungsprogramms für den einzelnen Menschen ergibt, der unter einem Ohrton leidet. Welche persönlichen Wahrheiten, Entdeckungen, Erkenntnisse, Konsequenzen, Geschichten und Gefühle zustandekommen, hängt von seiner Bereitschaft und der Intensität seiner Arbeit an sich selbst ab. Uns bleibt es überlassen, ihn mit freundlicher Aufmerksamkeit zu begleiten und immer wieder auf den Weg zurückzuführen, dessen Ziele wir im folgenden Abschnitt erläutern wollen.

2. Pragmatische Ziele

Tinnitus aurium als Symptom diverser Erkrankungen ist meist ein über längere Zeit konstantes und das Leben desjenigen, der es wahrnimmt, beeinträchtigendes Phänomen, das zudem häufig jeder Therapie trotzt. Wenn wir uns nun mit unserem Therapie- und Übungsprogramm an die Menschen wenden, die ihr Ohrton auch nach stattgehabter Therapie immer noch erheblich stört, geben wir uns von vornherein nicht der Illusion hin, wir könnten sie von ihrem Leiden befreien. Das ist auch gar nicht unser Ziel, selbst wenn wir es uns und ihnen von Herzen wünschen. Unser Ziel ist gleichzeitig bescheidener und anspruchsvoller. Bescheidener, weil wir uns mit einer Linderung ihres Leidens - also sowohl der subjektiven Lautheitsintensität als auch des persönlichen psychosomatischen Leidens am Ohrton - zufrieden geben wollen: Wir streben die Verwandlung eines dekompensierten Tinnitus in einen kompensierten an /SEILER (60)/. Anspruchsvoller, weil es uns um mehr geht als die bloße und schnellstmögliche konservative oder chirurgische, psychotherapeutische oder biochemische,rationale oder irrationale Beseitigung ihres Leidens. Unser Ziel ist die Anregung und Förderung der Eigenverantwortung des Patienten für sich und seine Leiden. Unser Ziel ist sein Arbeiten an sich selbst und seiner Krankheit, und das heißt: sich selbst ein Stück mehr kennen und akzeptieren lernen, Vergangenes vergegenwärtigen, was gegenwärtig geschieht - Gedanken, Gefühle, Empfindungen, Gesten, Mimik, Körperhaltungen, Sinneseindrücke und innere Einstellungen, kurz den leibseelischen Prozeß - bewußt wahrnehmen. Uns interessiert zunächst nicht die Veränderung des leidvollen Status quo, sondern seine Erforschung: Wer und wie bin ich? Wie gehe ich mit mir, wie mit meinem Ohrton

um? Wie halte ich mich, wie verhalte ich mich? Wie habe ich meinen Ohrton herbeigeführt und welche Vorteile bringt er mir? Wir wollen einen Anstoß geben zur bewußten Auseinandersetzung, zum Hinhören, statt zum Weg- oder Überhören, zur persönlichen Aneignung des Ohrtons und der damit verbundenen Läsionen.

Wir haben wiederholt auf den Zusammenhang zwischen Streß und Tinnitus hingewiesen.Auch in dieser Hinsicht ist es uns wichtiger, Streß und seine Auswirkungen mit allen Sinnen zu erforschen, statt ihn mechanistisch zu verringern. Mit einer Entspannungsübung zum Beispiel haben wir weniger die Entspannung, die uns freilich auch freut, im Sinn, als vielmehr die Wahrnehmung der inneren - körperlich-muskulären, emotional-geistigen - Widerstände gegen sie. Die entscheidenden Fragen lauten: Wie setze ich mich unter Druck, und wie mache ich das körperlich? Wie stresse ich mich? Wie fühle ich mich, wenn ich im Streß bin?

Wir möchten, daß der Patient von seinem Ohrton und durch ihn denkend, spürend, fühlend und wahrnehmend so viel wie möglich über sich lernt, und wenn er auch nur ein Stück weit auf dem Weg gegangen ist, zu seinem Ohrton "Ja" und "Ich" zu sagen, haben wir unser Ziel schon erreicht.

3. Therapeutische Methodik

Wir haben soeben die Ziele unseres Therapie- und Übungsprogramms für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen umschrieben; Gegenstand dieses Abschnitts ist, wie wir unsere Patienten auf dem Weg dorthin therapeutisch begleiten wollen.

Unsere therapeutische Methodik fußt, über die ärztliche Gesprächsführung und medizinisch-psychologische Aufklärung hinaus auf der nachfreudianischen Gestalttherapie von Frederick S.PERLS (49, 50, 51) und auf der nachreichianischen Bioenergetik oder bioenergetischen Analyse von Alexander LOWEN (38, 39, 40, 41) sowie deren Vermittlung und eigenständigen Kombination und Modifikation durch verschiedene Lehrer, allen voran durch Wolf E.BÜNTIG, den Gründer und Leiter des Zentrums für Individual- und Sozialtherapie ZIST in München und Penzberg. Wir wollen aber nicht übersehen, daß in den therapeutischen Umgang mit Menschen auch die Summe gelebten Lebens und gemachter Erfahrungen stets gegenwärtig und wirksam mit einfließt. Als Mitmensch seinem Nächsten zuhören, mit ihm Geduld haben, ihm Rede und Antwort stehen, mit ihm fühlen und Anteil an ihm nehmen, ihn achten und annehmen - kurzum ihn lieben - sind Fähigkeiten und Eigenschaften, die nur in der lebendigen und lebhaften Begegnung mit anderen Menschen, Freunden, Lehrern, Eltern, Geschwistern, Verwandten, Wahlverwandten und vor allem Lebensgefährten gelernt und erworben werden können. Ihr Anteil am Gelingen oder Mißlingen ärztlichen Beistands ist nicht zu ermessen.

Über die therapeutische Methodik, soweit sie meiner persönlichen Begegnung mit Wolf E.BÜNTIG entspringt, läßt sich abstrakt vor allem Folgendes sagen: Sie besteht im bewußten sinnlichen Wahrnehmen und Spüren dessen, was im Moment geschieht, in freund-

licher Aufmerksamkeit. In diese Richtung ziehen alle therapeutischen Interventionen, die sich in Fragen kleiden wie: Was spürst Du jetzt? Was erlebst Du im Augenblick? Wie fühlt sich das an? Wo spürst Du das? Auf diese Weise ist diese Methodik ständige Arbeit am Kontakt mit sich selbst, und zwar durch und im Spüren, Fühlen und Erleben. Sodann besteht sie darin, die unbewußte Körpersprache immer wieder in bewußtes Sprechen und die Leibhaftigkeit des Gesprochenen in sinnliche und sinnhafte Wahrnehmung zu übersetzen. Zum dritten besteht sie im experimentierenden Entdecken neuer Möglichkeiten des Kontakts mit sich selbst und anderen, ein Punkt, auf den wir im Abschnitt "Üben als Selbsthilfe" noch näher eingehen werden. Diese Andeutungen müssen genügen, denn auch mit noch so vielen Worten ließe sich nicht beschreiben, was lebendiges, das heißt wandelbares, situationsgerechtes und nur im kommunizierenden Nachvollzug erlernbares therapeutisches Handeln und Geschehenlassen ist.

Die Bioenergetische Analyse ist ein therapeutisches System, bei dem vorwiegend durch Körperübungen hervorgerufene leiblich-emotionale Erfahrungen und tiefenpsychologische Deutungen, die das Individuum wieder in Kontakt mit sich selbst, seine Ge - schichte und Gegenwart bringen, im Vordergrund stehen.
Wolf E.BÜNTIG schreibt dazu: "Für den bioenergetischen Therapeuten ist jeder Ausdruck des Körpers von Bedeutung: Die Qualität des Handschlags, die Haltung, der Blick der Augen, der Ton der Stimme, die Art, sich zu bewegen usw. ... Alle fixierten Körperhaltungen sind Ausdruck einer Kompensation von Mangel, Unterdrückung oder Frustration, die psychischen Realitätsverzerrungen und Verleugnungen entsprechen. ... Jede Einschränkung der Beweglichkeit des Körpers ist sowohl Ergebnis als auch Ursache emotionaler Schwierigkeiten. Chronische Verspan-

nung ist das Ergebnis ungelöster infantiler Konflikte, doch gleichzeitig auch die Ursache neuer emotionaler Probleme, die im Konflikt mit den alten Forderungen der Erwachsenen-Realität stehen. ... Die früheste, wichtigste und wirkungsvollste Abwehr schmerzlicher und unerwünschter Emotionen ist die Unterdrückung der Atmung. Sie ist sowohl Ergebnis und Ursache von Angst. Kleine Kinder reagieren auf angsterregende Situationen durch Atemanhalten.... Chronische Verspannung führt zu verminderter Vitalität, verminderter Sensibilität und dadurch zu vermindertem Kontakt mit dem Prozeß des Lebens" (5). In der Bioenergetik begleitet also der Therapeut den Patienten in die Tiefe seiner Körperlichkeit und damit seiner emotionalen und geistigen Verfassung und Geschichte. Er tu dies, indem er immer wieder die Aufmerksamkeit auf das körperliche Erleben, die Atmung,die Verspannungen lenkt, diese durch aktive Bewegungen und Haltungen verstärkt und im bewußten Vollzug einer leiblich-emotionalen Lösung zugänglich macht.

In der Gestalttherapie von Fritz PERLS spielen Bewußtheit, Gewahrsein im Hier und Jetzt und Identifikation - vor allem als Wiederaneignung abgespaltener und projizierter Anteile des Selbst - die Hauptrollen. Wolf E.BÜNTIG schreibt: "Gestalttherapie ist eine tiefenpsychologische Methode, die mit allem arbeitet, was an der Oberfläche ist.... Der Therapeut achtet darauf, wie der Patient sich selbst unterbricht, wie er Kontakt vermeidet und wie er sich selbst immer wieder den Boden unter den Füßen oder den Wind aus den Segeln nimmt, indem er seine Erregung mit allen seinen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln dämpft. ... Der Gestalttherapeut ... lädt vor allem den Patienten ununterbrochen ein, sich seiner Gegenwart zuzuwenden: Was tust du? Was fühlst du? Was willst du? ... Immer

wieder fordert der Therapeut den Patienten auf, auf seine Stimme, seine Körpersprache, seine Gesten, seinen Atem, auf alles zu achten, was in ihm und um ihn herum im Moment vorgeht ... Gestalttherapie ist experimentelle Therapie. Experimente sind eine Gelegenheit für den Patienten, Phantasien zu testen, sich in Aktion zu erfahren, mehr Selbstgefühl, d.h. mehr Gefühl für sich selbst, zu gewinnen und zu lernen, Selbst von Mythos, Selbst von Introjekt zu unterscheiden" (6). Die Zahl dieser Experimente ist Legion; es gibt aber einige typische, die zum Rüstzeug jedes Gestalttherapeuten gehören. Hierzu zählt vor allem das dialogische Rollenspiel, bei dem der Patient selbst abwechselnd beide Dialogpartner spielt, mithin ein Selbstgespräch führt, bei dem er über die Identifikation mit einander entgegengesetzten oder auch nur unterschiedlichen Teilen seiner selbst seine Integrität wiedergewinnt. Dialogpartner kann alles Erdenkliche sein: eine immer wiederkehrende Geste, ein Traumbestandteil, eine Vaterprojektion auf den Therapeuten, ein Ohrton, ein altes Photo - alles, was der Entfremdung anheimgefallen ist, was der Erlösung aus dem Exil der Projektion harrt, was noch nicht erhört worden ist. Die Identifikation mit dem, was wir nicht wahrhaben, nicht akzeptieren, von uns wegschieben wollen, gelingt freilich auch, indem der Therapeut zum Beispiel unermüdlich die Ich-Sprache fördert und unpersönliche Äußerungen, die "es" oder "man" betreffen, frustriert: "Können Sie den Satz mit ich anfangen? Wer ist man? Von wem reden Sie?" Identifikation und Verantwortung gehen Hand in Hand, denn wozu wir bewußt "ich" sagen, dazu stehen wir. Der Therapeut hat in bezug auf Identifikation und Verantwortung freie Hand, solange er bei sich selbst bleibt, in Kontakt mit sich selbst und also mit der Grenze zwischen Ich und Du ist. Er kann dann die therapeutische Methodik hinter

sich lassen, weil seine Identität und Integrität auch im bloßen Gespräch mit dem anderen Menschen eine therapeutische Wirkung entfalten. In dieser Weise des mitmenschlichen Beistands und der aufmerksam-freundlichen Begleitung schließt sich der Kreis unserer therapeutischen Methodik.

Fassen wir sie im Hinblick auf unsere Arbeit zusammen, so wird unsere therapeutische Aktivität in etwa folgendermaßen aussehen: Wir werden den Patienten unermüdlich dazu anregen, sich selbst zu erkunden, zu spüren und wahrzunehmen, was im Augenblick geschieht. Wir werden seine Eigenverantwortung stärken, indem wir ihn ermuntern, selbst die Antworten auf seine Fragen zu finden. Wir werden ihn immer wieder einladen, sich mit sich und seiner Krankheit zu identifizieren, die entfremdeten Teile seiner selbst heimzuholen und sich zu eigen zu machen, wer er ist. Wir werden seine Aufmerksamkeit auf die Leibhaftigkeit seiner Gefühle, auf die Fühlbarkeit seines Leibes, auf die Körperlichkeit seiner Sprache und die Sprache seines Körpers lenken. Wir werden seine Versuche frustrieren, die Verantwortung für sich selbst zu delegieren und die Identifikation mit sich selbst zu vermeiden. Wir werden ihm zuhören und mit ihm reden; und wir werden ihn, wie wir im folgenden Abschnitt ausführlicher erläutern wollen, durch Übungen und Aufgaben ermutigen, selbständig an sich zu arbeiten und neue Wege zu gehen.

4. Üben als Selbsthilfe

Wir haben schon mehrfach von Übungen gesprochen, ohne näher darauf einzugehen, was wir damit eigentlich meinen. Unter "Üben" verstehen wir die eigenständige Fortführung therapeutischer Erfahrungen mit sich selbst durch das regelmäßige und bewußte Wiederholen bestimmter körperlich-geistig-seelischer Aktivitäten, eben "Übungen". Üben ist insofern Selbsthilfe, als der Übende außerhalb der eigentlichen Therapie in eigener Verantwortung auf einem vorgezeichneten Weg - das sind spezifische Handlungsanweisungen - sich selbst weiter kennenlernen, spüren, wahrnehmen und über sich nachdenken kann. Die Übung bietet ihm einen festen Rahmen, der ihm gleichzeitig alle Freiheit zur Erweiterung seines Bewußtseins läßt. In der Übung beschäftigt sich der Übende außerhalb seines alltäglichen Lebens, und dennoch in es gebettet, mit sich selbst: durch sie grenzt er für sich aus dem Alltag einen bestimmten Zeit-Raum aus, in dem er sich absichtlich und gewollt sich selbst aussetzt und erfährt - in körperlicher, sinnlicher, seelischer und geistiger Hinsicht. Die dabei geforderte und notwendig gegebene erhöhte Aufmerksamkeit wirkt sich über die Übung hinaus im täglichen Leben aus und fördert auch da die bewußte Wahrnehmung von körperlich-sinnlichen Sensationen, Gefühlen und Gedanken. Was dem Übenden auf diese Weise bewußt wurde, was er erlebt und erkannt hat, kann er dann dem therapeutischen Prozeß zuführen, der in Begleitung des Arztes stattfindet. So steht das Üben nicht für sich selbst, sondern ist eingebunden sowohl in die Therapie als auch in die alltäglichen Situationen. Die Übung ist eine Rezeptur, die der Patient sich nicht in der Apotheke, sondern

aus dem reichen Fundus seiner Selbstheilungskräfte besorgen kann. Die Grundsubstanz dieser Arznei ist Bewußtheit, Gewahrsein, freundliche Aufmerksamkeit, und sie heißt einmal Körper- und Entspannungsübung, dann Wahrnehmungsübung, dann Kommunikationsübung. Ihre Bitterkeit liegt im bewußten Anerkennen und Annehmen körperlicher und seelischer Schmerzen, ihre Süße im Erleben von Freude und Lust und im Entdecken neuer Zusammenhänge.

Freilich müssen wir auch hier - wie bei der Befolgung der medikamentösen Verordnung -mit dem Widerstand des Patienten rechnen. Er widersetzt sich der chemischen Veränderung seiner Existenz ebenso wie der mit der Selbsterkenntnis einhergehenden, hat er sich sein Sosein in allen seinen Dimensionen, also auch denen körperlicher Verspannungen, Haltungsschäden und endokriner Ungleichgewichte, seelischer Konflikte und Konfliktabwehrmechanismen, geistiger Einstellungen zu sich selbst, zu seinem Leben und seiner Krankheit und entsprechender Vorurteile, doch redlich und über lange Zeit in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und den Mitmenschen erworben und hat es ihn doch vor Schlimmerem bewahrt. Nur wenn er wirklich bereit und entschlossen ist, an sich zu arbeiten, wird er überhaupt üben und vor allem auch nicht "mechanisch" üben. Aus diesem Grund überlassen wir es ganz bewußt seiner eigenen Entscheidung und "verordnen" ihm nicht, zu üben - er soll selbst verantworten, wie weit er gehen will. Letzten Endes ist es auch nicht die Übung, die eine Heilung herbeiführen kann; Heilung können wir nur geschehen lassen, und die Bereitschaft dazu erwerben wir uns in einem mäandernden Prozeß bewußten Erlebens und Tuns, der nicht danach fragt, auf welche Weise er in Gang kommt und voranschreitet.

Wir haben diesem Prozeß unseren ausführlich dargelegten Voraussetzungen gemäß und im Hinblick auf eine vertretbare Praktikabilität einen Rahmen gegeben, in dem das Üben als Selbsthilfe integraler Bestandteil ist. Diesen Rahmen - nämlich unser Therapie- und Übungsprogramm für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen - wollen wir im folgenden Abschnitt in seinen einzelnen Schritten vorstellen.

5. Vorstellung und Erläuterung des Programms

Unser Therapie- und Übungsprogramm für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen umfaßt zehn Einzelsitzungen und erstreckt sich über einen Zeitraum von dreizehn Wochen, wobei zwischen der siebten und achten Sitzung eine dreiwöchige Pause vorgesehen ist. In den ersten sieben Sitzungen stellen wir dem Patienten je eine Übung vor und leiten ihn bei deren Durchführung an. Außerdem besprechen und bearbeiten wir mit ihm, was er beim Üben während der Sitzung und zu Hause erlebt hat bzw. was er an Problemen und Fragen, die ganzheitliche Natur seines Leidens betreffend, vorbringt. Wir regen ihn schließlich auch an, seine Erfahrungen tagebuchartig aufzuzeichnen, was nicht nur ihrer Fixierung und Rekapitulation dient, sondern meist auch eine zusätzliche Möglichkeit ihrer Verarbeitung darstellt. In der dreiwöchigen Pause hat der Patient Gelegenheit, die sieben in einem inneren Zusammenhang stehenden Übungen - im Idealfall auf die einzelnen Wochentage verteilt - selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen. Die letzten drei Sitzungen dienen vorwiegend der Bearbeitung der vom Patienten selbst vorgebrachten Probleme, gegebenenfalls auch der Wiederholung und Vertiefung einzelner Übungen. Eine Voruntersuchung und ein Erstgespräch leiten für den Teilnehmer an unserem Programm schon das Therapieverfahren ein; er erhält dabei von uns eine schriftliche Einführung sowie einen Fragebogen, die ihn zu einer gewissen Vorarbeit und Vorbereitung veranlassen sollen. Wir berichten darüber sowie über das abschließende Nachuntersuchungsprogramm in dem Kapitel über den praktischen Teil unserer Arbeit.

In den ersten sieben Sitzungen erhalten die Patienten am Ende jeweils eine schriftliche, in möglichst einfacher Sprache gehaltene und immer wieder auf die Streßproblematik verweisende

Einführung in das Thema der Übung sowie eine ausführliche Handlungsanweisung. Anhand dieser Texte wollen wir nun die einzelnen Übungen bzw. Sitzungen besprechen.

1. Sitzung - 1. Übung

Die erste Sitzung ist von entscheidender Bedeutung, da in ihr die Weichen für die gesamte gemeinsame Arbeit gestellt werden. Die zeitliche Begrenztheit unseres Programms erfordert, daß der Patient gleich bei diesem ersten Gespräch nicht nur Vertrauen faßt, sondern über seine grundsätzliche Bereitschaft zur Arbeit an sich selbst hinaus sich unserem spezifischen therapeutischen Ansatz öffnet und mit unserer Hilfe an die Arbeit geht. Die für den Anfang dieser Sitzung geplante erweiterte Anamnese ist also gleichzeitig der therapeutische Einstieg in unser Programm, und die Angaben des Patienten werden als erstes Material bearbeitet. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem inneren Zusammenhang körperlicher und geistig-seelischer Phänomene, den wir für den Patienten am augenscheinlichsten in der Streßproblematik veranschaulichen zu können glauben. Entsprechend den schon mehrfach angesprochenen psychosomatischen Auswirkungen von Streß bieten wir eine Übung zur Streßreduzierung an, die in einer ausgedehnten Entspannungsübung besteht. Die positiven Auswirkungen solcher Übungen auf das Befinden sind inzwischen überzeugend dokumentiert /BENSON (3)/.

Wir haben uns bei der Entwicklung unserer Entspannungsübung von SIMONTON (62) anregen lassen, der im wesentlichen auf die JACOBSON'sche Technik der Progressiven Relaxation zurückgreift. Unsere Übung betont insbesondere die - imaginierte - Entspannung im Bereich der Ohren. Mit dieser Entspannungsübung geben wir dem

Patienten ein erstes Instrument zur Selbsthilfe in die Hand, das seine Gesamtbefindlichkeit ansprechen soll und zunächst einmal vom Ohrton als solchem absieht. Die Patienten erhalten am Ende der 1.Sitzung den nachstehenden Text:

1. Sitzung - ENTSPANNUNG

Schon in der Einführung in das Therapie- und Uebungs - programm war die Rede von Streß-Situationen und von ihren Wirkungen. Wir wissen, daß Streß bei vielen Erkrankungen eine Rolle spielt und auch oft dem Einsetzen von Ohrgeräuschen vorausgeht. Sie sind sich selbst mittlerweile darüber klar geworden, welche Rolle Streß in Ihrem Leben spielt und wie er sich auf den Ohrton auswirkt. Dieser Ohrton bedeutet selber noch eine zusätzliche Streßbelastung. Jeder Mensch reagiert nun anders auf die Erfahrung von Streß, je nach der Dauer und dem Ursprung des Streß-Ereignisses, je nachdem, wieviel Aufmerksamkeit der Betroffene ihm zuwendet und je nachdem, in welcher körperlichen, geistigen und gefühlsmässigen Verfassung er sich gerade befindet. Streß löst im Körper und in der geistigen und seelischen Verfassung eine Mobilisierung aus, die über Veränderungen des hormonalen Gleichgewichts und über nervöse Signale vermittelt wird. Wir nennen diese Mobilisierung die "Kämpfe oder flieh!"-Reaktion. In den meisten Fällen können wir aber - aufgrund unserer gesellschaftlichen Übereinkünfte - weder kämpfen noch fliehen. Wir haben stattdessen gelernt, unsere unwillkürlichen Reaktionen zu hemmen und zu unterdrücken. Streß, der sich aufstaut, wird chronischer Streß. Und chronischer Streß bedeutet chronische Muskelverspannung, hormonales Ungleichgewicht, Bluthochdruck, Schwächung des Immunsystems. Auf der Suche nach neuen Möglichkeiten im Umgang mit Streß, die dessen körperliche Auswirkungen verringern, setzen wir bei der muskulären Anspannung an, die eine der wesentlichen Reaktionen auf belastende Situationen darstellt. Lernen Sie, sich zu entspannen. Das Üben und Erleben der Entspannung verändert Ihre gewohnte Reaktion auf Streß. Es ist erwiesen, daß Entspannungsübungen den Körper und das Denken und Fühlen von den Streßauswirkungen entlasten, und zwar weit mehr als

dies die im allgemeinen als entspannend angesehenen unterhaltsamen Beschäftigungen tun. Das körperliche Loslassen in der Entspannung geht Hand in Hand mit der Entwicklung von Gelassenheit, die Sie die Dinge in einem anderen Licht sehen läßt.

1. Übung - ENTSPANNEN

Es wäre vorteilhaft, wenn Sie sich die Anleitung zu dieser Übung auf Band sprechen würden, damit Sie nicht während der Übung nachlesen müssen... Sprechen Sie dabei langsam und machen Sie genügend lange Pausen! Reden Sie sich selbst per Du an.
Nehmen Sie sich für diese Übung bis zur nächsten Sitzung jeden Tag zweimal eine Viertelstunde Zeit. Verlangen Sie von sich nicht, gleich beim ersten Mal restlos entspannt zu sein! Je öfter Sie diese Übung machen, desto mehr werden Sie in der Lage sein, eine tiefgehende Entspannung zuzulassen. Nehmen Sie aufmerksam die kleinen Fortschritte wahr, die sich von Mal zu Mal einstellen. Bemühen Sie sich nicht, zu entspannen; lassen Sie es zu!

Ziehen Sie sich an einen stillen Ort zurück, an dem Sie sich ungestört fühlen. Setzen Sie sich auf einen Stuhl oder Sessel, auf dem Sie aufrecht und entspannt sitzen können. Achten Sie darauf, daß beide Füße flach auf dem Boden ruhen. Ziehen Sie die Schuhe aus, wenn Sie enge, spitze oder Absatzschuhe tragen. Schließen Sie die Augen und senken Sie den Kopf ein wenig. Nehmen Sie zunächst aufmerksam wahr, wie Sie atmen: ein und aus und ein und aus und ein und aus. Sagen Sie sich nach einigen Atemzügen bei jeder Ausatmung unhörbar: Laß los! .....
Lenken Sie nun Ihre Aufmerksamkeit auf Ihre Fußsohlen. Spüren Sie den Boden unter den Füßen ..... Spannen Sie bei der nächsten Einatmung die Fußsohlen an, als wollten Sie mit den Füßen eine Faust ballen. Mit der folgenden Ausatmung lassen Sie wieder los und entspannen den Fuß. Spüren Sie ein paar Atemzüge lang der Wirkung des Loslassens nach.

Wiederholen Sie das Anspannen und Loslassen noch ein paar Mal. Lassen Sie dann Ihre Füße entspannt auf dem Boden ruhen. Wandern Sie nun ganz langsam mit Ihrer Aufmerksamkeit Stück für Stück den Körper entlang nach oben - Waden, Knie, Oberschenkel, Becken, Gesäß, Bauch, Kreuz, Rücken, Brust, Schultern, Oberarme, Unterarme, Hände, Nacken, Hals, Kiefer, Gesicht, Stirn, Ohren, Hinterkopf und Scheitel. Stellen Sie sich jedesmal die Entspannung in dem betreffenden Körperteil bildlich vor, zum Beispiel als geschlossene Hand oder geballte Faust. Sie können auch den betreffenden Körperteil etwas anspannen, also z.B. den Bauch einziehen, den Rücken steif machen, die Schultern hochziehen usw. Und stellen Sie sich vor, wie sich die Spannung langsam wie eine sich öffnende Hand löst bzw. lassen Sie los. Sie entspannen.
Wenn Sie auf diese Weise am Scheitel angelangt sind, verweilen Sie einige Augenblicke mit Ihrer Aufmerksamkeit beim Scheitel. Wenden Sie sich nun noch einmal besonders Ihren Ohren zu. Spüren Sie Ihre Ohren, spannen Sie die Muskeln, die die Ohren bewegen, etwas an und lassen Sie wieder los. Stellen Sie sich das Innere Ihrer Ohren vor, erst das eine, dann das andere. Stellen Sie sich den Gehörgang vor, das Trommelfell, das Mittelohr mit den Gehörknöchelchen, die den Schall übertragen, das Innenohr mit der Hörschnecke, die Hörzellen und die Hörnerven ..... Gehen Sie in Ihrer Vorstellung in Ihrem Ohr wie in einem Haus umher. Stellen Sie sich vor, wie sich die Entspannung im Inneren dieses Hauses ausbreitet. Alle Innenräume und Winkel werden warm und gemütlich, alles ist ruhig und friedlich, keine Hetze, keine Aufregung - nur wohlige Entspannung. Wenn Sie Ihren Ohrton hören, stellen Sie sich vor, er sei ein Bewohner dieses Hauses und hören Sie ihm eine Weile mit freundlicher Aufmerksamkeit zu. ... Wenden Sie sich nun dem anderen Ohr zu und spüren Sie auch dort, wie Sie loslassen.....
Nun sind Sie entspannt. Ruhen Sie sich zwei bis fünf Minuten in diesem wohligen Zustand aus. ... Bereiten Sie sich nun darauf vor, die Augen zu öffnen. Erinnern Sie sich daran, wo Sie sich befinden. Machen Sie die Augen auf.

Nehmen Sie nun Ihr Tagebuch und schreiben Sie auf, was Sie erlebt haben. Halten Sie fest, ob und wie sich Ihr Ohrton verändert hat.

Machen Sie diese Übung ab der zweiten Sitzung mindestens einmal pro Woche, und zwar möglichst immer am selben Tag.

2. Sitzung - 2.Übung

In der zweiten Sitzung besprechen wir zunächst, was der Patient bei der Durchführung der Entspannungsübung erlebt hat: welche körperlichen Empfindungen er hatte, welche Gefühle auftauchten, welche Einsichten er gewonnen hat. Daraus ergibt sich genügend Stoff für die weitere therapeutische Arbeit. Da diese sich notwendig immer wieder auf den Ohrton bezieht, gehen wir in dieser Sitzung erstmals dessen ganzheitliche Problematik gezielt an. Wir weisen in unserer Einführung auf die Tatsache hin, daß auch der Ohrton in den Gesamtzusammenhang des Lebens eingebettet ist und daß wir in unserer leibseelischen Einheit mit dem Ohrton ebenso identisch sind wie zum Beispiel mit unserer rechten Hand. Daraus ergibt sich die zweite Übung, die im Prinzip der persönlichen Identifizierung mit dem Ohrton, seiner Aneignung und dem bewußten Kennenlernen und Erforschen dieses integralen Bestandteils der eigenen gegenwärtigen Existenz dient. Dies geschieht einmal durch ein längerdauerndes absichtliches Hinhören und Sich-Konzentrieren auf den Ohrton und zum anderen in einem Rollenspiel nach Art der Gestalttherapie; dabei hält der Patient Zwiesprache mit sich selbst, indem er abwechselnd als der personifizierte Ohrton und als er selbst Rede und Antwort steht.

Mit dem folgenden Text werden die Patienten in die Thematik dieser Sitzung eingeführt und zur Übung angeleitet:

2. Sitzung - DIE BOTSCHAFT DES OHRTONS

Sie wollen selber an Ihrer Heilung mitwirken. Eigentlich haben Sie das schon immer getan: Sie haben aus eigener Kraft und mit fremder Hilfe Ihre Weise gefunden, mit dem Ohrton zurechtzukommen: und das heißt, mit Ihrem Leben zurechtzukommen. Ihr Ohrton ist, wie jede andere Krankheit auch, in den Gesamtzusammenhang Ihres Lebens eingebettet. Wir wissen aus der Forschung, daß die persönliche Lebensgeschichte, insbesondere schwere Streß-Situationen und die Art, wie der Betroffene mit ihnen fertig wird, wesentliche Mitverursacher von Krankheit sind. Depression und Verzweiflung sind häufige Reaktionen auf belastende Ereignisse und ziehen stets körperliche Veränderungen nach sich. Umgekehrt haben Veränderungen des geistig-seelischen Zustands - z.B. eine zuversichtliche, positive Einstellung zur Behandlung - heilkräftige Wirkungen auf die Krankheit. Wer traurig und mutlos ist, läßt buchstäblich den Kopf hängen, wer Angst hat, zieht sich buchstäblich zusammen, wer gelassen ist, hat buchstäblich gelernt, loszulassen, muskuläre Anspannung zu lösen. Körper, Fühlen und Denken bilden eine innige Einheit, die in allem, was wir erleben, gegenwärtig und wirksam ist. Diese Einheit, die wir selber sind, ist auch in jeder Krankheit, bis hin zum Ohrton, gegenwärtig. So wie Sie nicht nur Herz und Nieren haben, sondern auch Herz und Nieren sind, sind Sie auch Ihr Ohrton. Das mag Ihnen zunächst seltsam erscheinen, wenn Sie gewöhnt waren, Ihren Ohrton als etwas Fremdes, nicht zu Ihnen Gehöriges anzusehen. Wenn Sie in den Spiegel schauen, erkennen Sie sich selbst wieder: Das bin ich. Wenn Sie Ihren Ohrton als eine Art Echo hören, können Sie sich in ihm wiedererkennen. Im aufmerksamen Hinhören auf sich selbst können Sie erfahren, wie Sie selbst zur Entstehung Ihres Ohrtons beigetragen haben und beitragen: er ist Ihre eigene Ton gewordene Geschichte und Gegenwart. Indem Sie bewußt auf den Ohrton

hören und ihn wie einen Boten behandeln, der Ihnen etwas zu sagen hat, können Sie eine Menge Neues über sich und ihr Leben erfahren.

2. Übung - AUF DEN OHRTON HÖREN

Machen Sie die folgende Übung bis zur nächsten Sitzung täglich einmal, außer an dem Tag, den Sie für die Übung Nr.1 reserviert haben. Ab der dritten Sitzung wollen Sie sie bitte mindestens einmal pro Woche durchführen, und zwar möglichst immer am selben Tag.

Nehmen Sie sich für diese Übung mindestens eine halbe Stunde Zeit und ziehen Sie sich an einen stillen Ort zurück, wo Sie sich ungestört fühlen. Setzen Sie sich auf einen Stuhl, auf dem Sie entspannt sitzen können. Achten Sie darauf, daß beide Fußsohlen ganz den Fußboden berühren. Schließen Sie die Augen und senken Sie den Kopf ein wenig. Nehmen Sie wahr, wie Sie ein- und ausatmen und zählen Sie zehn Atemzüge. Bei der zehnten Ausatmung sagen Sie leise: Ich höre. ... Versuchen Sie nun, "ganz Ohr" zu sein und lauschen Sie. Konzentrieren Sie sich ganz auf den Ohrton. Stellen Sie sich vor, Ihr Ohrton sei ein Bote, der zu Ihnen spricht, der Ihnen eine Botschaft übermitteln will, der Ihnen etwas zu sagen hat. Hören Sie ihm aufmerksam zu. ... Wenn Sie das Bedürfnis nach einer Pause haben, kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit zur Atmung zurück und zählen Sie zehn oder mehr Atemzüge. ... Nun horchen Sie wieder. Wenn Sie genug haben, lassen Sie den Kopf auf die Brust sinken und sagen dabei leise: Ich habe gehört. Heben Sie den Kopf wieder, erinnern Sie sich daran, wo Sie sich befinden und öffnen Sie die Augen. Bleiben Sie noch eine Weile still sitzen. ... Schließen Sie nun wieder die Augen und stellen Sie sich vor, mit Ihrem Ohrton ein Zwiegespräch zu führen. Fragen Sie ihn noch einmal, was er Ihnen zu sagen hat, antworten Sie ihm.und lassen Sie ihn wieder antworten, indem Sie jedesmal die Rollen tauschen, d.h. einmal als Sie selbst und dann wieder als Ihr Ohrton sprechen, usf.Wenn Sie das Gespräch beenden wollen, verabschieden Sie den Boten "Ohrton". Schreiben Sie in Ihr Tagebuch, was Sie erlebt haben.

3. Sitzung - 3. Übung

In der dritten Sitzung - abgesehen von der in jeder Sitzung stattfindenden Bearbeitung neuen Materials - erweitern wir die Ohrton-Problematik, indem wir auf den gesamten Bereich des Gehörs eingehen. Dabei steuern wir immer eine ganzheitliche Perspektive und Erfahrung an. Als otologisches Problem hängt der Ohrton offensichtlich mit dem Hörorgan zusammen. Wir haben also hier dessen körperliche und seelische Funktion, das Hören, im Sinn und arbeiten an der persönlichen Art und Qualität des Hörens sowie an der Wahrnehmung der Auswirkungen akustischer Phänomene auf das körperliche Befinden, auf das Gefühlsleben, auf die Geistestätigkeit. Wir wollen mit dieser Wahrnehmungsübung eine eine Art auditive Wahrnehmungsschulung anregen, die eine im Erleben wurzelnde Einsicht in die feinmaschigen Zusammenhänge zwischen akustischen Sinneswahrnehmungen, dem Hörorgan, seinen Störungen und dem psychosomatischen Befinden vermittelt.

Wir haben das eben Gesagte für unsere Patienten folgendermaßen schriftlich festgehalten:

3. Sitzung - DAS GEHÖR

Das Gehör ist einer der fünf Sinne, durch die wir mit der Welt um uns herum Kontakt aufnehmen und in Kontakt sind. Schon der Säugling reagiert sehr genau auf die akustischen Reize, und das Kleinkind hört den Ausdruck, die Gefühlsqualität, die in einem Wort oder Satz liegen, noch ehe es den Sinn der Rede versteht. Wir können die Ohren nicht so leicht schließen, wie das bei den Augen der Fall ist. Wenn wir etwas nicht hören wollen, müssen wir im allgemeinen weghören, es überhören, d.h. wir müssen eine durch die Hirnnerven vermittelte Leistung erbringen. Wir müssen unsere geistig-seelische Aufmerksamkeit vom Gehör abwenden, was

entweder unbewußt geschieht oder durch bewußte Konzentration zustandekommt. Bei vielen Menschen spielt der Sehsinn eine größere Rolle als das Gehör. Wir vertrauen dem Gehörten meist weniger als dem Gesehenen: was wir vom Hörensagen kennen, glauben wir häufig erst, wenn wir es Schwarz auf Weiß gesehen haben. Weit mehr als das Gesehene erreicht dagegen das Gehörte unsere Gefühlswelt, unser Herz unmittelbar; es kann uns körperlich und seelisch entspannen oder zusammenfahren lassen: das Wiegenlied läßt das Kind einschlafen, ein barscher Ton erschreckt, ein sanftes Wort beruhigt, eine altbekannte Melodie geht uns buchstäblich zu Herzen und rührt uns zu Tränen. In der Stille werden wir selber allmählich still. Im übertragenen Sinne können wir auch nach innen hören, die innere Stimme hören, erhört werden.

3. Übung - HÖREN UND WAHRNEHMEN DER WIRKUNGEN DES GEHÖRTEN

Mit Hilfe der folgenden Übung können Sie erkunden, welche Rolle das Gehör bei Ihnen spielt und wie das Gehörte auf Sie wirkt, wie Sie hören und was beim Hören mit Ihnen geschieht. Setzen Sie sich in der Zeit bis zur nächsten Stunde (4.Sitzung) jeden Tag - mit Ausnahme der Tage, die Sie sich für die Übungen Nr. 1 und 2 reserviert haben - für eine Viertel- bis halbe Stunde als Zuhörer einer der folgenden Geräuschkulissen aus:

1. Rundfunknachrichtensendung
2. einer Musik, die Sie besonders gerne hören
3. Straßen- oder Baulärm
4. einem Gespräch, z.B. in einem Café o.ä.
5. Geräuschen in der freien Natur
6. Ihrem Ohrton

Versuchen Sie eine möglichst entspannte Haltung einzunehmen und schließen Sie, wenn möglich, die Augen. Achten Sie zunächst auf Ihre Atmung und zählen Sie zehn Atemzüge. .... Achten Sie nun darauf, wie Sie die jeweiligen Geräusche hören: deutlich und klar, verschwommen, nah oder fern,

laut oder leise, hell oder dunkel, stumpf oder schneidend usw. Achten Sie darauf, ob und wie sich die Qualität Ihres Hörens verändert. Wie reagieren Sie auf die Geräusche? Sind Sie hellwach dabei oder gelangweilt, gelassen, unbeteiligt oder erregt, beunruhigt oder besänftigt, ärgerlich oder ängstlich, freudig oder traurig usf. Spüren Sie eine körperliche Reaktion auf die Geräusche? Entspannen Sie sich oder verkrampfen Sie sich? Schlägt Ihr Herz schneller? Wo spüren Sie die Angst, die Freude, die Traurigkeit, die Wut? Ziehen Sie sich zusammen oder fühlen Sie sich gelöst? Sind Sie irritiert und gereizt? Tut Ihnen das Geräusch geradezu weh oder empfinden Sie es als angenehm oder lustvoll? Welche Gedanken und Bilder kommen Ihnen beim Hören der Geräusche, welche Wünsche, welche Erinnerungen tauchen auf? Achten Sie aufmerksam auf alles, was in Ihnen vor sich geht, während Sie den Geräuschen und insbesondere dem Ohrton zuhören. Wenn Sie genug haben vom Zuhören, erinnern Sie sich daran, wo Sie sich befinden und öffnen Sie die Augen. Bleiben Sie noch eine Weile still sitzen und schreiben Sie dann auf, was Sie erlebt haben. Machen Sie diese Übung ab der 4.Sitzung einmal pro Woche ausschließlich mit dem eigenen Ohrton als Geräuschkulisse!

4. Sitzung - 4.Übung

Waren die ersten drei Übungen vorwiegend rezeptiv-passiver Natur, so steht in den Übungen 4 bis 6 das produktiv-aktive Element im Vordergrund der ganzheitlichen Auseinandersetzung mit einem ganzheitlich verstandenen Leiden. In der vierten Sitzung und mit der vierten Übung bleiben wir noch im akustischen Bereich und gehen zu dem Schallphänomene produzierenden Stimmorgan über, das ja mit dem Ohr funktionell eng zusammenhängt. In einer Übung, die wir "Tönen" nennen, verbinden wir in experimenteller Weise die Identifikation mit dem Ohrton mit dem gesamten Arsenal gefühlsbetonter Stimmgebung. Der affektive Charakter des ganzheitlich erlebten Ohrgeräuschs erfährt durch die akustisch-

stimmliche Nachahmung möglicherweise einen kathartischen Ausdruck. Ganz im experimentellen Bereich bleiben wir mit dem Vorschlag, einen antithetischen Ton hervorzubringen und dessen Nachwirkungen zu studieren.

Unter den Überschriften "Stimme und Ton" bzw. "Tönen" erhalten die Patienten folgende Einführung und Anleitung zur Übung:

4. Sitzung - STIMME UND TON

Mit den Ohren nehmen wir akustische Reize wahr. Mit der Stimme können wir akustische Reize hervorbringen. Dem Hören der Stille entspricht das Schweigen der Stimme. Ein großer Teil dessen, was wir hören, entstammt der menschlichen Stimme, der eigenen wie der anderer Menschen. Wir können mit Hilfe unserer Stimme auf äußerst vielfältige Weise hörbar werden: Im Weinen und Lachen, im Singen und Reden, im Schreien und Flüstern, im Husten und Räuspern, laut oder leise, hoch oder tief, klar oder heiser, tönend oder gebrochen, herzlich oder kalt, schneidend oder weich, drohend oder schmeichelnd. Im Klang unserer Stimme kommt unsere Stimmung zum Ausdruck. Achten Sie immer wieder einmal auf den Klang Ihrer Stimme. Welche Stimmung drückt sich in ihr aus? Wie sind Sie gerade gestimmt? Stimmen Klang und Inhalt Ihrer Worte überein oder nicht? Der Vielfalt und Vielschichtigkeit unserer akustischen Äußerungen entspricht die Vielfalt unserer akustischen Wahrnehmungen und ihrer Wirkungen auf uns bzw. unserer Reaktionen- nämlich Antworten - auf sie. Was wir hören, formt das, was wir sagen und wie wir es sagen: Wer in einer lärmenden Umgebung sich aufhält, wird selber lauter und lärmender reden. Was geschieht, wenn Sie Ihren Ohrton äußern und mit der Stimme nachahmen, ihn hörbar machen?

4. Übung - TÖNEN

Nehmen Sie sich an den folgenden noch übungsfreien Tagen bis zur 5.Sitzung täglich zweimal eine Viertelstunde Zeit für die folgende Übung:
Ziehen Sie sich an einen stillen Ort zurück, wo Sie sich ungestört fühlen. Setzen Sie sich auf einen Stuhl, auf dem Sie entspannt sitzen können. Achten Sie darauf, daß beide Fußsohlen ganz den Boden berühren. Schließen Sie die Augen und senken Sie den Kopf ein wenig. Nehmen Sie das Ein- und Ausatmen wahr und zählen Sie zehn Atemzüge. Nach der zehnten Ausatmung hören Sie eine Weile Ihrem Ohrton zu. Achten Sie darauf, ob und wie Sie atmen. Registrieren Sie aufmerksam alles, was in Ihnen vor sich geht (s.a.Anleitung zu Übung 3). ... Versuchen Sie nun, einen Ton oder ein Geräusch hervorzubringen, der Ihrem Ohrton in Klangfarbe, Lautstärke, Höhe, Stimmung und Gefühlsqualität in etwa entspricht. Versuchen Sie das, was Sie beim Anhören des Ohrtons empfunden haben, stimmlich nachzuahmen. Ihr Ton kann die Form eines Vokals, eines Konsonanten oder einer Silbe annehmen oder gänzlich unsprachlich sein. Pfeifen wollen Sie bitte nicht. Tönen Sie auf diese Weise eine Weile. Wenn Sie genug haben, spüren Sie nach, was das Tönen in Ihnen ausgelöst hat. Hören Sie nun wieder Ihrem Ohrton zu und achten Sie darauf, ob sich an ihm etwas verändert hat und wie Sie jetzt auf ihn reagieren. Bleiben Sie eine Weile bei Ihrem Ohrton und bei dem, was in Ihnen vor sich geht. ... Versuchen Sie nun, einen Ton oder ein Geräusch hervorzubringen, der dem vorigen in jeder Hinsicht entgegengesetzt ist. Lassen Sie sich von diesem Gegenton, der gleichfalls die Form eines Vokals, eines Konsonanten oder einer Silbe annehmen oder völlig unsprachlich sein kann, ganz durchdringen und tönen Sie eine Weile. Wenn Sie genug haben, spüren Sie wieder nach, was diesmal das Tönen in Ihnen ausgelöst hat. Hören Sie noch einmal Ihrem Ohrton zu und achten Sie dabei darauf, ob sich an ihm etwas verändert hat und wie Sie jetzt auf ihn reagieren. Bleiben Sie eine Weile dabei. ... Wenn Sie genug haben, erinnern Sie sich daran, wo Sie sich befinden und öffnen Sie die Augen. Bleiben Sie noch einen Augenblick still sitzen und beschreiben Sie dann, was Sie erlebt haben.

Machen Sie diese Übung nach der folgenden Sitzung mindestens einmal pro Woche an einem festgelegten Tag.

5. Sitzung - 5. Übung

Mit der Thematik der fünften Sitzung folgen wir der mittlerweile allgemein anerkannten und wissenschaftlich wohlfundierten Tatsache, daß regelmässige Bewegung die Auswirkungen von Streßbelastungen in körperlicher und seelischer Hinsicht verringert. Wir entfernen uns dabei nur scheinbar von der Tinnitusproblematik, ist doch eine ihrer wesentlichen Komponenten die Streßbelastung, die nicht zuletzt erst durch den Tinnitus entstanden ist. In der fünften Übung bieten wir kein ausgefeiltes Bewegungsprogramm an, sondern schlagen lediglich - die Verbindung zum Ohrton nur lose und symbolisch wahrend - zwei Möglichkeiten, sich zu bewegen, vor: die eine ist das Gehen in schnellem Tempo, die andere das Tanzen. Gerade bei der zweiten Bewegungsform sehen wir eine spezifischere Verbindung zum otologischen Bereich, ist es doch das Gehör, das Klang und Rhythmus vermittelt; außerdem kann die tänzerische Darstellung des Ohrgeräuschs, die wir nebenbei anregen, auch eine Form der symbolischen Auseinandersetzung und Verarbeitung sein. Wir gehen davon aus, daß die Reduzierung der Streßauswirkungen durch regelmäßige Bewegung auch das Leiden am Ohrton beeinflußt.

Wir haben die Anregung zu dieser Übung SIMONTON zu verdanken, der über das Bewegungstraining unter anderm Folgendes schreibt: Es "hat nicht nur für den Körper positive Auswirkungen - es kann auch deutlich spürbare seelische Veränderungen hervorrufen. Zahlreiche Untersuchungen haben ergeben, daß Menschen, die ein regelmäßiges Bewegungspensum absolvieren, in ihrem Denken und in ihren Einstellungen meist flexibler sind, mehr Unabhängigkeit beweisen, über ein ge-

festigteres Selbstgefühl verfügen, sich selbst akzeptieren, weniger dazu neigen, die Schuld bei anderen zu suchen, und auch weniger unter Depressionen leiden" (62, S.280). Die häufige depressive Verarbeitung des Ohrgeräuschs läßt den Versuch, in Bewegung zu kommen, als naheliegend erscheinen.

Unseren Patienten vermitteln wir den Inhalt der fünften Sitzung und die entsprechende Übung auf folgende Weise:

5. Sitzung - STRESS UND BEWEGUNG

Wie wir wissen, liegt das Hörorgan in unmittelbarer Nachbarschaft zum Gleichgewichtsorgan. Mit Hilfe des Gleichgewichtssinnes orientieren wir uns über unsere jeweilige Lage im Raum und über unsere körperliche Gesamthaltung in Beziehung zur Schwerkraft. Jede Bewegung des Körpers registrieren wir mit Hilfe des Gleichgewichtsorgans, das über zahlreiche nervöse Verbindungen mit den verschiedensten Körperteilen mittelbar in Kontakt steht. Nun ist es unter anderem das Gehör, das uns Menschen in Bewegung hält, das uns Klang und Rhythmus vermittelt. Denken Sie an das Tanzen: Wir hören den Klang, die Melodie und den Rhythmus der Musik und bewegen uns danach. Kleine Kinder fangen beim Hören von Musik noch wie von selbst an zu tanzen. Die Bewegung übt vielfältige wohltuende Wir - kungen auf den Körper aus. Bewegungsmangel ist einer der Hauptgründe für viele sogenannte Zivilisationskrankheiten. Aus der Streßforschung wissen wir, daß regelmäßige körperliche Bewegung eine wichtige Möglichkeit zum Ent-stressen darstellt, indem sie Spannungen abbaut und die Stimmung hebt, den Kreislauf in Gang bringt, die Atmung vertieft und die Verdauung fördert. Bewegung bringt uns in Schwung. Körperliche Bewegung, geistige Beweglichkeit und seelische Bewegtheit gehören zu - sammen.

5. Übung - SICH BEWEGEN

Ich schlage Ihnen im Folgenden zwei Möglichkeiten vor, wie Sie in Bewegung kommen können. Wählen Sie bitte für die noch übungsfreien Tage bis zur 6.Sitzung jeweils eine der Möglichkeiten aus und setzen Sie sie in die Tat um. Nach der folgenden Sitzung richten Sie sich bitte wenigstens einmal pro Woche einen Bewegungstag ein. Versuchen Sie, grundsätzlich so viel wie möglich zu gehen; ziehen Sie - wenn Sie die Wahl haben - das Gehen anderen Möglichkeiten der Fortbewegung vor. Übertreiben Sie dabei nichts und gönnen Sie sich die nötigen Verschnaufpausen und Ruhezeiten. Bewegung und Entspannung sollen einander ablösen. Achten Sie bei allen Übungen darauf, wie sich Ihr körperliches Befinden und Ihre Stimmung und vor allem auch, wie sich Ihr Ohrton durch die Bewegung verändert.
1. Möglichkeit: Tanzen Sie. Schalten Sie sich das Radiogerät ein oder legen Sie sich eine Schallplatte auf und bewegen Sie sich nach der Musik. Erfinden Sie sich Ihr persönliches Tänzchen! Sie können auch versuchen, den Ohrton "auszutanzen", tänzerisch darzustellen. Tanzen Sie allein oder mit einem Partner/einer Partnerin. Gehen Sie in ein Tanzlokal (wo die Musik nicht allzu laut ist). Finden Sie selbst heraus, was Ihnen gut tut!
2. Möglichkeit: Gehen Sie. Gehen Sie so schnell, wie es Ihnen möglich ist und so lange Sie Lust haben. Versuchen Sie, von Mal zu Mal etwas länger zu gehen. Es kommt darauf an, daß Sie schnell gehen. Je stärker Ihr Ohrton, desto schneller Ihr Tempo! Schreiben Sie jeweils auf, was Sie erlebt haben.

6. Sitzung - 6. Übung

Das menschliche Leben spielt sich in erster Linie in einem unendlich feinmaschigen sozialen Gewebe ab, dessen mikroskopische Strukturen wir erst allmählich zu entdecken beginnen. Zwischenmenschliche Beziehungen gleichen nur bei grober Betrachtung dem Umeinanderkreisen für sich existierender Gestirne. Bei näherem Hinschauen entpuppen sie sich als äußerst komplexe kontinuierliche Prozesse,

deren Mikrostrukturen - wie in der Physik - nahtlos in energetische Vorgänge münden. Was das Individuum als seine Krankheit, seinen Ohrton, seinen Diabetes, seine Schwerhörigkeit, aber auch als seine Gesundheit und Lebensfreude interpretiert, ist nicht unabhängig von diesen Prozessen, sondern vielmehr in sie eingebettet als ihre fortlaufende biopsychische Dokumentation. Wenn wir uns unter Streß fühlen, geben wir damit auch zu verstehen, daß zwischenmenschliche Prozesse ablaufen, durch die wir unter Druck und aus dem Gleichgewicht geraten. Dauerstreß und Krankheit sind auch Ausdruck davon, wie wir unsere zwischenmenschlichen Beziehungen bis hinein in den "atomaren" Bereich einer alltäglichen Schuldzuweisung, einer mißverständlichen Ausdrucksweise und in den "subatomaren" Bereich nonverbaler Mitteilungen gestalten. Dies ist das umfangreiche Thema der sechsten Sitzung, und die bewußte Erforschung des eigenen Kommunikationsverhaltens bzw. die Einübung streßverringernder Verhaltensweisen ist Ziel der sechsten Übung.

Es geht uns dabei vorwiegend um zwei Aspekte der Kommunikation, nämlich die verbale und die emotionale Interaktion, die ja immer Hand in Hand gehen. Verbale Interaktion ist die Art und Weise, wie wir miteinander sprechen, d.h. wie wir zuhören und wie wir reden. Emotionale Interaktion ist die Weise unseres Gefühlsaustauschs: Wie teilen wir Gefühle mit, wie hindern wir uns daran, wie stauen wir sie zu Ressentiments auf?

Wir stützen uns in bezug auf die verbale Interaktion - abgesehen von dem, was uns unsere therapeutische Methodik zur Verfügung stellt - auf das Konzept der "positiven Ich-Botschaft", wie es GORDON (16) ausführlich dargelegt hat. Bei der Arbeit an der emotionalen Komponente fühlen wir uns durch das bestärkt und angeregt, was SIMONTON schreibt: "Manche Menschen häufen unzählige Ressentiments, denen die verschiedensten Ursachen zugrunde liegen,

über Jahre hinweg an. Bei vielen Erwachsenen stammen sie aus der Kinderzeit, und sie erinnern sich noch bis ins kleinste Detail an die betreffenden Erlebnisse. Es mag sich dabei um das Gefühl gehandelt haben, von den Eltern nicht geliebt, von anderen Kindern oder vom Lehrer abgelehnt zu werden oder um Akte elterlicher Grausamkeit und zahllose andere schmerzliche Erfahrungen. Menschen, die solchen tiefen Groll mit sich herumschleppen, rufen sich das schmerzliche Erlebnis immer wieder ins Gedächtnis zurück. Das hört bisweilen noch nicht einmal dann auf, wenn der Mensch, der den Groll verursacht hat, längst tot ist. Es spielt keine Rolle, ob diese Gefühle berechtigt gewesen sind oder nicht - sie aufrechtzuerhalten ist in jedem Fall mit ungeheuren physischen und psychischen Anstrengungen verbunden. Wenn auch Sie von solchen Gefühlen beherrscht werden, müssen Sie zuallererst einsehen lernen, daß Sie selbst - und nicht der andere, auf den Sie zornig sind - letztendlich die Quelle Ihres Stresses sind (62, S.221).

Wir geben zu diesem Thema unseren Patienten folgende umfangreiche Einführung und Übungsanleitung:

6. Sitzung - ICH UND DIE ANDEREN

Die Art und Weise, wie wir unsere zwischenmenschlichen Beziehungen gestalten, kann eine der Hauptquellen der Streßbelastung sein. Es gibt genügend Streßereignisse , die wir nicht verhindern können, wie zum Beispiel den Tod eines nahen Angehörigen. In diesen Fällen können wir nur lernen, mit der Belastung fertigzuwerden, also z.B. die Traurigkeit nicht in uns hineinzufressen, sondern uns zu ihr zu bekennen, uns auszuweinen, einem vertrauten Menschen unseren Kummer zu erzählen und uns trösten zu lassen, mit einem Wort, wirklich zu Ende zu trauern. Aber im Kontakt mit anderen Menschen können wir durch die Art und Weise, wie wir unsere Kommunikation gestalten, viel

Streß vermeiden und so gar nicht erst zulassen, daß sich negative Gefühle, alter Groll und Ressentiments anstauen, die sich dann letztlich als Dauerstreß erweisen und uns selber schwächen. Ein großer Teil unserer zwischenmenschlichen Begegnungen findet auf der Ebene des Gesprächs statt, als Rede und Antwort, wobei wir entweder als Zuhörer eine Botschaft des andern Menschen empfangen oder als Sprechender einem anderen Zuhörer eine Botschaft senden; wir sind also entweder Sender oder Empfänger. Wir wissen, daß jede sprachliche Botschaft zugleich mit dem inhaltlichen Sinn auch noch ein im Klang der Stimme liegendes Gefühl, eine Stimmung übermittelt. Im besten Fall bilden Sinn und Klang des Gesagten eine Einheit; kein "falscher Ton" oder "Unterton" macht den Inhalt der Worte unglaubwürdig; der Inhalt des Gesagten ist eine sogenannte "positive Ich-Botschaft". Eine positive Ich-Botschaft ist eine auf die Person des Sprechers bezogene Aussage über dessen tatsächlichen gegenwärtigen Zustand. Ein Beispiel: Der Vater kommt müde nach Hause. Sein Töchterchen will mit ihm spielen. Der Vater sagt: "Laß mich in Ruhe. Du bist ein Quälgeist!" Hier macht der Vater keine Aussage über sich, sondern über das Kind; das Kind versteht: Ich bin ein Quälgeist. Ich soll ihn in Ruhe lassen. Eine positive Ich-Botschaft des Vaters wäre in diesem Fall: "Ich bin müde. Ich mag jetzt nicht mit Dir spielen." Der Vater sagt etwas über seinen tatsächlichen gegenwärtigen Zustand aus, und das Kind versteht: "Vater ist müde. Er mag jetzt nicht mit mir spielen." Nicht mehr und nicht weniger. Der eben beschriebene Idealfall einer sprachlichen Botschaft ist auch der am wenigsten streßerzeugende. Beim Reden kommt es also darauf an, daß der Inhalt der Worte und die eigene Stimmung in Einklang sind, daß von dem die Rede ist, was ist und nicht von dem, was nicht ist und daß der Sprecher Auskunft über sich gibt, anstatt über andere - kurz, daß das, was wir sagen, stimmt. Das ist nicht einfach, läßt sich aber üben, wie sich schon vielfach gezeigt hat. Das Hören spielt in der Kommunikation eine ebenso große Rolle wie das Reden, vor allem auch, weil das, was wir hören, so oft deutbar und nicht eindeutig ist. Eine eindeutige Ich-Botschaft läßt sich leicht entschlüsseln; ein Satz wie "Du könntest mich wirklich auch einmal loben" enthält jedoch mehrere Botschaften auf einmal, die der Hörer erst deuten muß und die nichts über

den Sprecher aussagen. Der Hörer wird also das heraushören, was er hören will. Da sich seine Antwort auf das beziehen wird, was er gehört und herausgehört hat, ist die Saat des Mißverständnisses schon aufgegangen. Die Folge davon sind Streit, Ressentiments, Sichzurückziehen, Verstummen, Kontaktverarmung. Von Seiten des Hörers wird die Kommunikation erschwert, wenn er "gar nicht richtig zuhört", alles Mögliche "überhört", wenn das Gesagte bei ihm nicht ankommt, "zum einen Ohr hinein und zum anderen Ohr wieder hinausgeht". Wenn wir also Streß abbauen und vermeiden wollen, kommen wir nicht umhin, die Art und Weise zu überprüfen, wie wir unsere persönlichen Beziehungen gestalten und neue, befriedigendere Wege einzuschlagen.

6. Übung - BEZIEHUNGEN KLÄREN / REDEN UND ZUHÖREN

1. Besorgen Sie sich das Buch "Familienglück kann jeder lernen. Regeln für das Zusammenleben" von Sven WAHLROOS (67). Lesen Sie es aufmerksam durch!
2. Verschaffen Sie sich ein klares Bild über Ihre Beziehungen zu anderen Menschen:
   Nehmen Sie ein Blatt Papier oder eine Seite Ihres Tagebuchs und schreiben Sie sich folgende Fragen auf (lassen Sie unter jeder Frage genügend Platz frei):
   - o Wem schulde ich Dank?
   - o Wen möchte ich um etwas bitten?
   - o Wem möchte ich etwas Freundliches, Liebevolles, Anerkennendes sagen?
   - o Wem nehme ich etwas übel, gegen wen hege ich einen inneren Groll?
   - o Wem habe ich etwas zu verzeihen?
   - o Wen möchte ich um Verzeihung bitten?
   - o Mit wem möchte ich ins Gespräch kommen?

   Schreiben Sie nun zu den einzelnen Fragen die Personen und Themen auf, um die es geht und legen Sie fest, wer oder was Ihnen am wichtigsten, am zweitwichtigsten usw. ist.

Befassen Sie sich nun mit dem Menschen bzw. der Angelegenheit, die Ihnen am meisten am Herzen liegt. Setzen Sie sich in einen bequemen Sessel; die Fußsohlen liegen flach auf dem Boden. Schließen Sie die Augen und beobachten Sie eine Weile das Aus und Ein Ihres Atems. ... Stellen Sie sich den betreffenden Menschen möglichst genau vor, ebenso die Sache, die Angelegenheit, die Situation, um die es geht. Vergegenwärtigen Sie sich das Verhalten des anderen Menschen, und vergegenwärtigen Sie sich Ihr eigenes Verhalten. Welche Rolle haben Sie in der Angelegenheit gespielt, wie haben Sie sich verhalten, was haben Sie gesagt und getan bzw. unterlassen zu sagen und zu tun? Nehmen Sie nun in der Phantasie den Standpunkt des anderen ein und betrachten Sie die ganze Angelegenheit von seiner Warte aus. ... Nehmen Sie nun wieder Ihren eigenen Standpunkt ein und sagen Sie ihm oder ihr, was sie ihm/ihr zu sagen haben,- den Dank, die Bitte, das Lob usw., je nachdem, worum es geht. Sagen Sie es in einfachen Hauptsätzen, die mit "Ich" anfangen. . Wie tut es Ihnen, in der Vorstellung zu sagen, was Sie dem Betreffenden sagen wollten? Wie fühlen Sie sich jetzt? Versetzen Sie sich nun wieder in den anderen Menschen und stellen Sie sich vor, wie er auf das reagiert, was sie ihm mitgeteilt haben. ... Kehren Sie nun wieder zu sich selbst zurück und spüren Sie nach, was in Ihnen vorgeht. Überlegen und beschliessen Sie nun, ob Sie dem betreffenden Menschen das, was Sie ihm soeben in der Phantasie gesagt haben, auch tatsächlich mitteilen wollen oder nicht. ... Erinnern Sie sich daran, wo Sie sich befinden und öffnen Sie wieder die Augen. Setzen Sie Ihren Entschluß bei nächster Gelegenheit in die Tat um.

Reservieren Sie sich für die Zeit nach der nächsten Sitzung jeweils einen Tag in der Woche für diese Übung.

3. Wie hören Sie?

Die folgenden Übungen dienen Ihnen dazu, Klarheit zu gewinnen über die Art, wie Sie hören und zuhören:

a. Wenn Sie Gelegenheit haben, an einem Gespräch als Zuhörer teilzunehmen, wiederholen Sie immer wieder still für sich, was Sie gehört haben. Achten Sie aufmerksam auf den Inhalt des Gesagten und auf den Klang der einzelnen Stimmen.

b. Wenn Sie an einem Gespräch aktiv teilnehmen, gehen Sie nie von vornherein davon aus, der andere müsse das gesagt oder gemeint haben, was Sie gehört haben. Fragen Sie lieber noch einmal nach: Wie hast Du das gemeint? usw. Überprüfen Sie insbesondere in kritischen Situationen Ihre Annahmen durch Fragen oder durch Wiederholen dessen, was Sie gehört haben. Durch eine solche Rückversicherung können Sie erfahren, ob Sie richtig gehört haben.

c. Machen Sie gemeinsam mit einem Partner folgende Hör-und-Rede-Übung: Der Sprecher sagt einfache Hauptsätze, die mit "Ich" anfangen und in denen er beschreibt, was er im Augenblick wahrnimmt, sei es in ihm selbst oder in der Welt um ihn herum; er achte dabei darauf, das zu beschreiben, was ist. Er kann normallaut sprechen oder auch einmal flüstern, er kann den Hörer direkt ansprechen oder auch einmal sich abwenden, sodaß der Hörer sein Gesicht nicht sieht. Es liegt am Sprecher, vielfältig zu variieren.... Der Hörer hört zu und wiederholt jedesmal, was er gehört hat. Nach drei bis fünf Minuten tauschen Hörer und Sprecher die Rollen.

4. Wie reden Sie?

a. Versuchen Sie, sich darüber klar zu werden, wie Sie reden:

- Welche Rolle spielt die Verneinung in Ihrer Art zu reden?
  Beispiel: Verdammt nochmal! Ich bin nicht wütend!
  Mir geht's nicht schlecht.
  Ich will keinen Streit.
- Welche Rolle spielen Bedingungen in Ihrer Art zu reden?
  Beispiel: Wenn Du nicht sofort aufhörst, dann geh ich.
- Wann sagen Sie Ich kann nicht, wenn Sie eigentlich meinen: Ich will nicht?
- Wie sehr neigen Sie in Ihrer Art zu reden dazu, Ihre Verantwortung für sich selbst und Ihr Verhalten der Allgemeinheit oder dem Nächsten zuzuschieben? Wie sehr vermeiden Sie, Ich-Botschaften zu senden?
  Beispiele: Man freut sich über ein gutes Essen!
  Man will sich ja nicht vordrängen.
  Es hat keinen Sinn, sich zu ärgern.
  Du hast mich enttäuscht!

b. Üben Sie sich darin, "Ich" zu sagen und von sich zu reden. Reden Sie mit und zu anderen Menschen, anstatt über sie.

Die oben beschriebene Rede-und-Hör-Übung kann Ihnen dabei eine wertvolle Hilfe sein. Reservieren Sie sich ab der folgenden Woche eine bestimmte Zeit für diese Übung.

7. Sitzung - 7.Übung

In der siebten Sitzung kommen wir auf das zu sprechen, was außerhalb unserer Macht steht, und was wir daher nicht machen, nicht üben können. Üben ist ein begrenztes Unterfangen, durch das wir viel fruchtbare Arbeit an unserer Bereitschaft, zu heilen, leisten können. Die Heilung selbst geschieht ohne unser Zutun, ihr können wir uns nur öffnen. Aus dieser Erfahrung stammt der Vorschlag zu einer schöpferischen Pause, wie auch immer sie aussehen mag. Sie ist eine Übung, die keine Übung ist, sie ist im wahrsten Sinne paradox.

Wir vermitteln dies unseren Patienten folgendermaßen:

7. Sitzung - DIE SCHÖPFERISCHE PAUSE

Wir können, wie wir gesehen haben, auf vielfältige Weise Streß abbauen, Streß verhindern, mit Streß zurechtkommen. Wir können aktiv an unserer Heilung arbeiten, der Krankheit vorbeugen, Probleme bewältigen, neue Formen des Umgangs mit uns selbst und anderen Menschen kennenlernen und einüben. Dennoch wäre es illusorisch und eine Überforderung unserer Kräfte, zu glauben, wir könnten eine vollständige Heilung aktiv herbeiführen. Wir können sie nicht "machen", obschon

wir vieles dazu beitragen können. Es bleibt ein Rest, den wir die "schöpferische Pause" nennen könnten. In dieser schöpferischen Pause besteht unser Beitrag zur Heilung gerade darin, daß wir nichts aktiv beitragen, sondern ge - schehen lassen, was geschieht, nicht geschäftig tun, sondern uns beschauliche und besinnliche Stunden gönnen, nicht eifrig üben, sondern der Muße pflegen. So kann sich im Nicht-Tun er- eignen, was wir im Tun nicht zu bewirken vermochten, was nicht in unserer Macht steht, was uns nur zuteil werden, geschenkt werden kann.

Sie haben in den vergangenen sechs Sitzungen sechs Übungen bzw. Übungskomplexe kennengelernt und seither wiederholt ausgeführt. Reservieren Sie sich für jede dieser sechs Übun- gen in den folgenden Wochen bis zur zehnten Sitzung und wenn Sie wollen, auch darüberhinaus, wöchentlich jeweils einen Tag. Den verbleibenden siebten Tag der Woche über- lassen Sie der schöpferischen Pause. Widmen Sie diesen Tag dem Spielen, dem Singen und Musizieren, Malen und Lesen, dem Miteinandersein und -reden, der Besinnung und der stil- len Beschaulichkeit. Nehmen Sie sich aber lieber nichts fest vor, sondern öffnen Sie sich für das, was von selbst ge - schieht. Bedenken Sie, was Sie in der vergangenen Woche geleistet und erreicht haben, freuen Sie sich daran und genießen Sie Ihren Erfolg! Freuen Sie sich auch an kleinen Fortschritten und klopfen Sie sich lobend auf die Schulter! Danken Sie für das, was Ihnen widerfahren ist.

C. PRAKTISCHER TEIL

I. Voraussetzungen

Nachdem wir das eben vorgestellte Therapie- und Übungsprogramm entworfen, ausgearbeitet und diskutiert hatten, gingen wir daran, es in praxi zu verwirklichen. Zunächst brauchten wir dafür genügend viele und geeignete Patienten.

1. Auswahl der Patienten

a. Auswahlkriterien

Die erste Frage lautete naturgemäß, welche Patienten für unser Therapie- und Übungsprogramm geeignet seien. Das grundlegende Auswahlkriterium war das Vorliegen eines subjektiven Tinnitus aurium.

Die engere Wahl trafen wir folgendermaßen:

Für das Programm sollte nur in Frage kommen, wer seinen Wohnsitz in München bzw. innerhalb des S-Bahn-Bereichs hat. Da sich das Programm über zehn Wochen erstrecken und jeder Patient einmal pro Woche zu einer Sitzung kommen sollte, wollten wir weiter entfernt lebenden Patienten den damit verbundenen erheblichen Zeitaufwand nicht zumuten.

Die Patienten sollten zumindest für diesen ersten Versuch nicht jünger als 20 Jahre und nicht älter als 60 Jahre sein. Diese Einschränkung trafen wir aufgrund der Anforderungen, die unser Programm an die Bereitschaft zu engagierter Mitarbeit, an die geistige, physische und psychische Flexibilität und an die Fähigkeit zur Selbstreflexion stellen würde und die wir bei den Altersgruppen über 60 Jahren bzw. unter 20 Jahren nicht ohne weiteres voraussetzen zu können glaubten.

Patienten, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind, wollten wir ebenfalls nicht zu unserem Programm zulassen, da die überwiegende Arbeit in der verbalen Kommunikation geschehen würde und uns die weitgehende Beherrschung der deutschen Sprache dafür unabdingbar erschien

Die in Frage kommenden Patienten sollten im Zeitraum vom 1.1.1982 bis 1.10.1982 in der HNO-Ambulanz in Behandlung gewesen sein.

Schließlich stellten wir noch eine Reihe von "Kontraindikationen" auf, bei denen uns eine Beeinflussung des Leidens am Ohrton mit Hilfe unseres Therapie- und Übungsprogramms von vornherein äußerst unwahrscheinlich erschien. Es handelt sich dabei um folgende Erkrankungen:
operativ noch nicht angegangene Schalleitungsstörungen, Akustikusneurinome und andere Hirntumoren, Schädel-Hirn-Traumen und Unfälle. Demgegenüber faßten wir in folgenden Fällen unser Programm als indiziert auf:
Tinnitus bei Innenohrschwerhörigkeit, Tinnitus bei Hörsturz, bei Lärmschwerhörigkeit bzw. nach Knalltrauma, nach Otosklerose-Operation, toxischer Tinnitus, sowie Tinnitus unklarer Genese, insbesondere wenn Begleiterscheinungen wie HWS-Syndrom, Hyperthyreose, Hyper- oder Hypotonus vorlagen. Patienten, die eine Streßabhängigkeit ihres Tinnitus beschrieben sowie psychisch überlagerte Patienten kamen bevorzugt in Betracht.

b. Procedere

Nach der Aufstellung der Auswahlkriterien sahen wir die Patienten-Kartei der Audiometrie-Abteilung seit Beginn des Jahres 1982 durch; dabei ergab sich, daß in dem

neunmonatigen Zeitraum 269 Patienten wegen eines Ohrtons untersucht worden waren. Nach dem Einblick in 219 Krankenakten resultierte zusätzlich zu unseren Auswahlkriterien noch ein weiterer Grund für das Ausscheiden von Patienten: Eine große Zahl von Patienten war zwar untersucht, jedoch nicht wegen des Ohrtons behandelt worden, da andere Erkrankungen, z.B. Tumoren, im Vordergrund standen. Aufgrund der eben genannten Sachverhalte sowie unserer eigenen Auswahlkriterien (siehe S.78 ff*) kamen schließlich von den 219 wegen Tinnitus untersuchten Patienten 175 Patienten nicht in Frage; die verbleibenden 44 Patienten erfüllten die von uns geforderten Bedingungen. Es handelte sich dabei um 19 weibliche und 25 männliche Patienten. Die Altersverteilung der Patienten sah folgendermaßen aus:

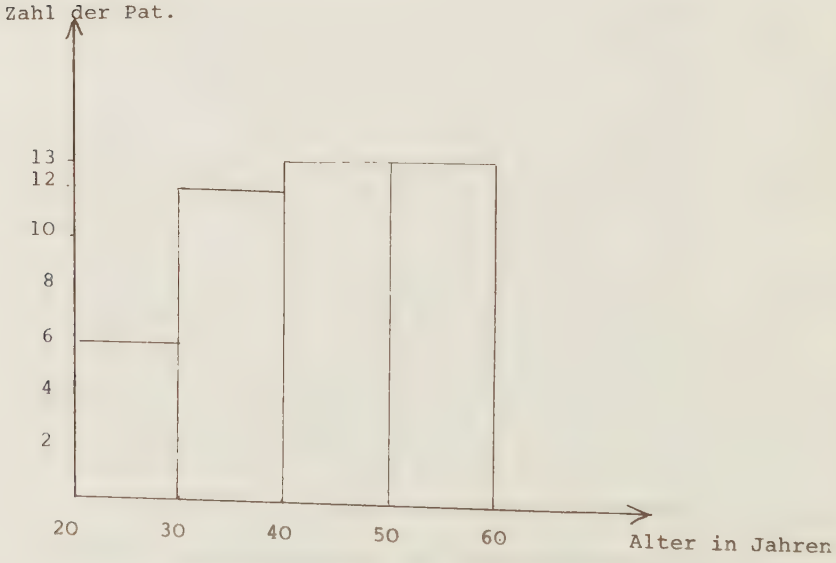

Abb. 1: Altersverteilung von 44 Patienten mit Tinnitus aurium

Aus der Abbildung ergibt sich, daß selbst bei der von uns ausgewählten Patientengruppe die Altersstufen der über 40 Jahre alten Patienten am stärksten vertreten sind,was der von HAZELL (23) angegebenen Altersverteilung in etwa entspricht.

In bezug auf die Häufigkeit diagnostizierter Grunderkrankungen, in deren Gefolge ein Tinnitus auftrat, stellten wir folgendes fest:

Tabelle 1: Mit Tinnitus aurium einhergehende Grund- und Begleiterkrankungen bei 44 untersuchten Patienten:

Tinnitus	Anzahl der Patienten
bei progredienter degenerativer Innenohrschwerhörigkeit	28
bei Lärmschwerhörigkeit	3
nach Knalltrauma	2
bei Hörsturz	5
nach Stapedektomie	3
toxischer Tinnitus	3
Begleiterkrankungen	
Hypertonie	7
Hypotonie	4
HWS-Syndrom	6
Hyperthyreose	1

Diese 44 Patienten erhielten nun von uns einen Brief mit dem nachstehenden Inhalt:

"Sehr geehrte Frau ... / Sehr geehrter Herr ...!
Sie haben sich wegen Ihres Ohrtons zuletzt am .....
in unserer Klinik in Behandlung befunden. Sollte Sie Ihr Ohrton nach wie vor beeinträchtigen, darf ich Ihnen empfehlen, sich zu einer nochmaligen Nachuntersuchung und gegebenenfalls anschließenden Behandlung in unserer Klinik einzufinden. Einen Termin hierfür wollen Sie bitte unter der Telefonnummer ... vereinbaren.
Mit freundlichen Grüssen."

Von den angeschriebenen Patienten stellten sich vierzehn zur Nachuntersuchung in unserer Abteilung vor. Wir verknüpften diese Nachuntersuchung im Hinblick auf unser Programm mit einer Voruntersuchung und einem einführenden Erstgespräch.

2. Voruntersuchung und Erstgespräch

a. Programm

Für Voruntersuchung und Erstgespräch hatten wir folgendes Programm vorgesehen:
Zunächst wollten wir in einem anamnestischen Gespräch die allgemeinen Grundzüge der Vorgeschichte des Patienten eruieren, wobei der Ohrton selbstverständlich im Vordergrund stehen sollte. Wir wollten uns so einen orientierenden Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten in körperlicher und geistig-seelischer Hinsicht sowie über früher abgelaufene beziehungsweise chronische Krankheiten verschaffen. Wir interessierten uns vor allem dafür, wie der Patient sich und seine Krankheit erlebt, interpretiert, einordnet, kurzum,

wie er sie organisiert. Diese Organisation der Krankheit drückt sich vor allem in der verbalen Kommunikation aus, d.h. in der Art, wie der Patient sein Leiden sprachlich darstellt. Es kommt darin natürlich auch zum Vorschein, wie sehr er überhaupt verbalisierungsfähig ist, welches Verhältnis er zu seinem Körper hat, wie stark er auf die somatische Seite seines Leidens fixiert ist, welche Bereitschaft und Motivation er besitzt, geistig-seelische Probleme in Betracht zu ziehen und an ihnen zu arbeiten. Wir wollten unser Augenmerk aber auch auf die nonverbalen Mitteilungen richten, auf Gestik und Mimik und auf die körperliche Haltung, um so aus dem Körperausdruck weitere Informationen über die Persönlichkeit des Patienten zu erfahren.

Neben dieser persönlichen Anamnese sollte freilich auch die familiäre, soziale und berufliche Vorgeschichte nicht zu kurz kommen.

In bezug auf den Ohrton hatten wir uns zusätzlich eine Reihe von Fragen überlegt, die wir bei jedem Patienten gleichförmig stellen wollten. Diese Fragen lauteten im einzelnen:

1. Seit wann haben Sie den Ohrton?
2. Wann stört er Sie vorwiegend?
3. Wie ist der Grad der Belästigung durch den Ohrton?
   geringfügig - mittel - stark - erheblich - unerträglich
4. Wo hören Sie den Ohrton?
   im li.Ohr - im re.Ohr - in beiden Ohren - im Kopf - im Hinterkopf
5. Ist Ihr Ohrton pulsierend oder gleichbleibend?
6. Wechselt die Intensität Ihres Ohrtons?
7. Wenn ja, wann ist der Ohrton stärker, wann schwächer
8. Sind Sie schwerhörig?
9. Seit wann sind Sie schwerhörig?
10. Ist die Schwerhörigkeit stärker geworden?
11. Wann stört Sie die Schwerhörigkeit besonders?
12. Was trat zuerst auf, die Schwerhörigkeit oder der Ohrton?

13. Leiden Sie an Schwindelgefühlen/Unsicherheitsgefühlen?
14. Was stört Sie mehr, der Ohrton oder die Schwerhörigkeit?
15. Ist der Ohrton durch ein Hörgerät besser/schlechter geworden oder unverändert geblieben?
16. Was haben Sie bisher gegen den Ohrton getan, welche Therapie wurde Ihnen verordnet?
17. Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen? Hörgerät - Masker - Medikamente - Operation - Hausmittel - Vertäubung mit Fremdgeräuschen - andere Therapie
18. Sind Sie mit der bisherigen Therapie zufrieden?
19. Glauben Sie, mit dem Ohrton auch weiterhin leben zu können?

Als nächstes wollten wir den Patienten unser Therapie- und Übungsprogramm erläutern, insbesondere seinen Sinn und Zweck erklären und seinen formalen Ablauf schildern. Die Reaktion des Patienten auf unsere Erläuterungen sollte uns schon eine gewisse Klarheit darüber verschaffen, ob der Patient zur Teilnahme an unserem Programm bereit bzw. geeignet sein würde.

Im Anschluß an dieses Gespräch sollten die Patienten otoskopisch untersucht, ein Audiogramm angefertigt sowie der Ohrton bestimmt werden.

In einem abschließenden Gespräch sollte der audiologische Befund im Hinblick auf unser Therapie- und Übungsprogramm mit dem Patienten besprochen werden. Außerdem sollte jeder Patient eine schriftliche Darstellung unseres Programms sowie einen Fragebogen erhalten. Diesen Fragebogen sollte er, falls er an unserem Programm würde teilnehmen wollen, spätestens nach einer Woche ausgefüllt an uns zurück - schicken. Zusätzlich zu dem Fragebogen wollten wir jeden Patienten auffordern, eine Liste bisheriger Erkrankungen und korrespondierender Streßbelastungen anzufertigen und

dem ausgefüllten Fragebogen beizufügen. Mit der Rücksendung dieser Unterlagen würde der Patient seine Teilnahme verbindlich erklären und dann umgehend von uns einen Termin für die erste Sitzung erhalten. Mit diesen Darlegungen und der Aufforderung an den Patienten, sich in Ruhe noch einmal zu überlegen, ob er zu einer Teilnahme an unserem Programm bereit sei, gedachten wir unsere Voruntersuchung zu beenden.

Die schriftliche Darstellung des Therapie- und Übungs - programms sowie der Fragebogen hatten folgenden Wortlaut:

Hilfe zur Selbsthilfe für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie wissen vielleicht, daß das Wort "Patient" etwas mit Geduld zu tun hat und haben sich, was Ihren Ohrton angeht, sicher schon darin geübt, duldsam zu sein. Das ist der Punkt, an dem unsere gemeinsame Arbeit beginnen kann, sofern Sie dazu bereit sind. Ich möchte Ihnen im Folgenden beschreiben, worum es bei dieser Arbeit geht.

Sie leiden an einem Ohrgeräusch, das möglicherweise mit einer Erkrankung zum Beispiel des Innenohrs zusammenhängt. Wahrscheinlich haben Sie sich oder andere schon mehrfach gefragt: "Warum gerade ich? Was soll das Ganze eigentlich? Wie kann ich das bloß wieder loswerden?" Diesen Fragen wollen wir nachgehen.

Wenn Sie die erste Frage einmal nicht an ein blindes Schicksal stellen, sondern an sich selbst richten, lautet sie: Was habe ich dazu beigetragen, daß ich krank geworden bin? Was ist mein Anteil an dem Sausen im Ohr? Sie kennen wahrscheinlich die Folgen des Alkohols. Nehmen wir an, Sie haben am Abend zu viel ge-

trunken und wachen am anderen Morgen völlig verkatert auf. Sie würden mit ziemlicher Sicherheit nicht fragen: "Warum gerade ich?", sondern vielmehr recht genau Ihren Anteil am morgendlichen Kater kennen und ihn als Folge aus Ihrem Verhalten ansehen. Sie würden die Verantwortung dafür selber übernehmen und niemand anderem die Schuld daran zuschieben. In genau der gleichen Weise wollen wir versuchen, dem Ohrton nachzugehen. Aus der Forschung wissen wir, daß sich das Ohrensausen z.B. unter Alkoholeinwirkung, bei Ermüdung und unter Streß jeglicher Art verstärken kann, daß das Ohrensausen selbst einen erheblichen Streß bewirkt und die Reaktion des Betroffenen auf diesen Streß das Ohrensausen wie in einem Teufelskreis verstärken kann. Eine Vielzahl von Krankheiten ist erwiesenermaßen streßbedingt. Unsere Fragen werden also lauten: Welchem Streß war ich oder habe ich mich ausgesetzt? Streßfaktoren können Ereignisse sein wie der Tod eines Ehepartners, Scheidung, der Verlust des Arbeitsplatzes, Pensionierung, aber auch als positiv geltende Erfahrungen wie Heirat, Schwangerschaft oder hervorragende persönliche Leistungen. Streßbelastungen können eine Veränderung unserer Gewohnheiten, unseres Umgangs mit anderen Menschen oder unseres Selbstbildes nach sich ziehen. Gemütsbelastungen können krank machen, je nachdem, wie wir mit ihnen zurechtkommen. Unsere Fragen lauten also weiter: Stehe ich unter Streß? Wie reagiere ich persönlich auf Streß? Wie kann ich Streß vermeiden? Welche Möglichkeiten gibt es für mich noch, mit Streß umzugehen? Indem Sie unter sachkundiger Begleitung diesen Fragen nachgehen, können Sie Ihren Eigenanteil an Ihrem Leiden kennen und ändern lernen.

"Was soll das Ganze eigentlich?" Das ist die Frage nach dem Sinn Ihrer Krankheit. Kann denn Ohrensausen überhaupt einen Sinn haben?, werden Sie fragen. Und wiederum gehen wir davon aus, daß die Krankheit nicht etwas ist, was blindwütig über Sie hereinbricht, sondern vielmehr etwas, an dem Sie selber teilhaben, das Sie selber hervorgebracht haben.Außer Ihnen selbst hat

noch niemand Ihren Ohrton gehört. Was also sagt er Ihnen? Was können Sie von ihm lernen? Welchen Sinn, welche Botschaft können Sie heraushören? Stellen Sie sich ein Kind vor, das seiner Mutter etwas Wichtiges sagen will. Die Mutter ist aber mit etwas anderem beschäftigt, hat keine Zeit zum Zuhören. Das Kind wird immer wieder und immer nachdrücklicher versuchen, die Aufmerksamkeit der Mutter auf sich zu ziehen. Und wenn seine Mutter auch dann noch nicht zuhört, wird es schließlich schreien und weinen, um Gehör zu finden. Es wird erst dann Ruhe geben, wenn es angehört wird. Wir wollen Ihnen die Chance geben, unter ärztlichem Beistand Ihrem Ohrton Gehör und Aufmerksamkeit zu schenken.

"Wie kann ich das bloß wieder loswerden?" In dieser Frage stecken bereits mehrere Antworten: Zunächst einmal die, daß Sie selbst etwas für sich tun können.

So wie Sie durch Ihr Verhalten - und dabei geht es nicht um Schuld oder Unschuld - zu Ihrer Erkrankung beigetragen haben, können Sie durch Ihr Verhalten zu Ihrer Gesundung beitragen, Ihre Selbstheilungskräfte in Gang setzen, Verantwortung für sich und Ihre Krankheit übernehmen, den Arzt in Ihnen entdecken und wirken lassen. Die Ungeduld freilich, die in der obigen Frage steckt, wird nicht förderlich sein. Sich in Geduld üben, heißt eine Antwort auf unser Anliegen- und dabei wollen wir Ihnen gerne helfen. Fragwürdig im wahrsten Sinne ist auch das "Loswerden". Sie wollen verständlicherweise Ihren Ohrton so schnell wie möglich wieder loswerden. Sie haben aber selber schon erfahren, daß da von "schnell" keine Rede sein kann. Er ist Ihnen bislang geblieben, er beeinträchtigt Sie, er quält Sie, er läßt sich nicht ohne weiteres loswerden. Stellen Sie sich vor, es läuft Ihnen eines Tages ein Hund zu. Was Sie auch tun, um ihn loszuwerden- er kommt immer wieder zu Ihnen zurück. Er will zu Ihnen. Er weicht Ihnen nicht von den Fersen. Eines Tages werden Sie vielleicht nachgeben. Sie nehmen ihn bei sich auf. Plötzlich merken Sie, daß er Sie nun nicht mehr

stört, nicht mehr belästigt. Sie richten ihn sogar ab, und er folgt ihnen aufs Wort: Sie haben eine persönliche und fruchtbare Art des Umgangs mit ihm gefunden. Und vielleicht ist er eines Tages verschwunden, so wie er gekommen ist. Ohrgeräusche sind äußerst therapieresistent, d.h. nicht leicht loszuwerden. Was also können Sie tun? Sie können lernen, Ihren Ohrton anzunehmen und auf fruchtbare Weise mit ihm umzugehen. Sie können Ihre Einstellung zu ihm ändern, ihn kennenlernen und erkunden, auf ihn hören und vielleicht sogar ihn steuern. Und dabei wollen wir Ihnen gerne behilflich sein - wohl wissend, daß die Hauptarbeit bei Ihnen selbst liegt und daß wir nichts erzwingen wollen und können. Aber wir wünschen und hoffen, daß Sie von Ihrem Leiden frei werden.

Wie sieht nun unsere gemeinsame Arbeit aus? Wir wollen in zehn Einzelsitzungen, die sich auf zehn Wochen verteilen werden, eine Reihe von Übungen erarbeiten, die Sie auf dem eben skizzierten Weg voranbringen sollen. Es geht dabei um folgende Bereiche: Streß und Entspannung, Streß und Bewegung, persönliche Erfahrungen mit dem Ohrgeräusch, was sagt mir mein Ohrgeräusch? Hören und Erleben, Hören und Reden, persönliche Lebensgeschichte und Krankheit, welche Vorteile hat mein Kranksein?, Sammlung und Muße. Über all diese Dinge werden wir ausführlich miteinander reden, und Sie bekommen entsprechende Übungsanleitungen. Diese Übungen sollen Sie regelmässig zu Hause durchführen und in einer Art Tagebuch festhalten, was Sie dabei erlebt haben und vor allem auch, ob und wie sich Ihr Ohrton verändert. In den Sitzungen haben Sie ausreichend Gelegenheit, das Erlebte zu verarbeiten und ungelöste Fragen und Probleme zu besprechen. Ich gehe bei all dem davon aus, daß Sie Ihr Leiden selbstverantweortlich in die Hand nehmen und an Ihrem Problem arbeiten wollen. Ich will Ihnen dabei nach Kräften beistehen und helfen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben nun die Grundzüge unseres Therapie- und Übungsprogramms HILFE ZUR SELBSTHILFE kennengelernt. Sollten Sie sich davon angesprochen fühlen und es nicht gleich als für Sie persönlich ungeeignet aus der Hand legen wollen, sollten Sie diese Beschreibung noch einmal langsam und sorgfältig durchlesen und überdenken.

Wenn Sie sich nun bereit fühlen, diesen Weg einzuschlagen und beschließen, auf diese Weise etwas für sich zu tun, dann füllen Sie bitte den beigefügten Fragebogen aus. Außerdem sollten Sie folgende zweispaltige Liste aufstellen: In der linken Spalte wollen Sie die verschiedenen Krankheiten eintragen, die Sie haben oder hatten - an erster Stelle natürlich die mit dem Ohrensausen einhergehende Erkrankung bzw. das Ohrensausen als solches. In der rechten Spalte wollen Sie zu den entsprechenden Krankheiten eintragen, welche belastenden Ereignisse, Lebenskonflikte und streßauslösenden Vorgänge in der Zeit vor und während des Ausbruchs Ihrer Krankheit stattfanden. Schicken Sie diese Liste sowie den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens eine Woche nach Aushändigung dieses Schreibens an uns zurück. Die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens und der Liste gilt für uns gleichzeitig als Anmeldung zu unserem Behandlungsprogramm. Wir vereinbaren dann umgehend mit Ihnen einen Termin für die erste Sitzung. Wählen Sie den Termin so, daß Sie jede Woche zur gleichen Zeit kommen können.

Bis zum Beginn des Therapie- und Übungsprogramms lege ich Ihnen nahe, das Buch "Der Arzt in uns selbst" von Norman COUSINS zu lesen. Versuchen Sie bis zur ersten Sitzung eine Antwort auf folgende Frage zu finden: Welches sind die fünf wichtigsten Vorteile meiner Erkrankung?

FRAGEBOGEN ZUR ANAMNESE

---

1. Name/Vorname: Geburtsdatum:
2. Beruf/vorwiegende Tätigkeit:
3. Sind Sie verheiratet/verwitwet/geschieden/ledig bzw.alleinstehend?
4. Haben Sie Kinder bzw. Enkelkinder? Ja Nein
5. Wohnen Sie allein? Ja Nein
6. Wohnen Sie mit anderen Menschen zusammen? Ja Nein
7. Haben Sie Hauptschul-/Realschulabschluß/Abitur/Studium?
8. Leisten Sie in Ihrem Beruf mehr geistige oder mehr körperliche Arbeit?
9. Haben Sie eine sitzende oder stehende Tätigkeit oder bewegen Sie sich bei der Arbeit häufig?
10. Arbeiten Sie vorwiegend allein oder mit anderen Menschen?
11. Seit wann besteht der Ohrton?
12. Ist der Ohrton ständig hörbar/vorübergehend hörbar?
13. Mit welchem Geräusch würden Sie Ihren Ohrton am ehesten vergleichen?
14. Wann tritt Ihr Ohrton bevorzugt auf (a) bzw. wann verschlimmert er sich (b)?

    Bitte tragen Sie zum jeweiligen Ereignis abgesehen von dem Kreuzchen noch (a) oder (b) ein!

    - nach Anstrengung?
    - unter Streß?
    - bei Gefühlserregung?
    - unter Alkoholeinwirkung?
    - unter Nikotineinwirkung?
    - allein?
    - in Gesellschaft?
    - in Ruhe?
    - in entspannter Atmosphäre?
    - am Abend vor dem Einschlafen?
    - wenn Sie nachts aufwachen?

- am Morgen?
- tagsüber?
- nur nach Lärmeinwirkung?
- bei extremen Kopfbewegungen?
- bei der Arbeit?
- vor der Arbeit?
- nach der Arbeit?
- während der Essenspause

15. Wachen Sie von dem Ohrton auf? Ja Nein

16. Fühlen Sie sich in bezug auf Ihren Ohrton unter Dauerstreß? Ja Nein

17. Gibt es Situationen, in denen der Ohrton nicht auftritt? Ja Nein

18. Wenn ja, um welche Situationen handelt es sich?

19. Wie helfen Sie sich selbst, wenn der Ohrton auftritt?

20. Leiden Sie an einer Ohrerkrankung? An welcher?

21. Sind Sie oder waren Sie

äußerst ziemlich normal wenig gar nicht lärmempfindlich?

22. Was für Arten von Lärm stören Sie?

- Verkehrslärm
- Kindergeschrei
- Radio-, Fernsehgeräusche
- Baulärm
- Lärm, der bei Streitigkeiten entsteht

23. Haben Sie Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich? Ja Nein

24. Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? Ja Nein

25. Bei Frauen: Verändert sich Ihr Ohrton während der Menstruation?

besser - schlimmer - unverändert

26. Leiden Sie an einer akuten Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welcher?

Therapie/Medikamente:

27. Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Ja Nein

Wenn ja, welcher?

Therapie/Medikamente:

28. Leiden Sie insbesondere an:

- Rheuma?
- Chronischer Polyarthritis?
- Gicht?
- Zuckerkrankheit?
- Bluthochdruck?
- Schilddrüsenfunktionsstörung?

29. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

30. Haben Sie viel / ausreichend / wenig / kaum / keinen sozialen Kontakt?

31. Wieviele Stunden pro Tag sind Sie allein?

32. Sind Sie redselig / gesprächig / wenig gesprächig / einsilbig / schweigsam?

33. Können Sie sich bei einem Menschen in Ihrer Umgebung vertrauensvoll aussprechen? Ja Nein

34. Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Angst: fast immer ängstlich | häufig Angst | hin und wieder Angst | selten Angst | nie Angst

Niedergeschlagenheit und Bedrücktheit:

fast immer | häufig | manchmal | selten | nie niedergeschlagen und bedrückt

Empfindsamkeit:

meist sehr empfindlich | ziemlich empfindlich | normal empfindlich | ziemlich unempfindlich | dickfellig

35. Wovor haben Sie am meisten Angst?

36. Halten Sie häufig/ selten/ kaum die Luft an?

37. Halten Sie häufig die Luft an, wenn Ihr Ohrton auftritt? Ja Nein

38. Fühlen Sie sich unter Streß? Ja Nein

Beruflicher/ familiärer/ persönlicher Streß?

39. Haben Sie eine Lieblingsbeschäftigung/Hobby? Ja Nein

40. Wieviele Stunden pro Woche widmen Sie ihr?

41. Treiben Sie Sport? Ja Nein

42. Haben Sie viel/ ausreichend/ wenig/ kaum/ keine Bewegung?

43. Tanzen Sie oft/ manchmal/ selten/ nie?

44. Hören Sie gerne Musik? Ja Nein

    Den ganzen Tag über -- stundenweise -- nur kurzzeitig?

45. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, ob und wie Sie selbst Ihren Ohrton mitverursacht haben könnten? Ja Nein

46. Was erwarten Sie von dem angekündigten Therapie- und Übungsprogramm?

    Aufhören des Ohrtons/ Besserung des Ohrtons/ eine neue Möglichkeit, mit dem Ohrton zurechtzukommen

Die schriftliche Einführung in unser Therapie- und Übungsprogramm sollte den Patienten als ausführliche Gedächtnisstütze dienen. Wir haben die Grundzüge unseres therapeutischen Ansatzes in verständlicher, teilweise bildhafter Sprache dargestellt und ein auf die Bedeutung der Streßbelastung bezogenes Bild vom Zusammenhang zwischen Lebensweise und Erkrankung gezeichnet. Wir haben dabei die Eigenverantwortlichkeit des Patienten betont und seine Fähigkeit zur Selbsthilfe herausgestrichen. Auf diese Weise wollten wir nicht nur an das erinnern, was im Erstgespräch gesagt wurde, sondern - zumindest den Interessierten - gleich von Anfang an zum Nachdenken und Überdenken bisheriger Meinungen und Einstellungen anregen. In die gleiche Richtung zielten die Forderung, eine Liste der Krankheiten und korrespondierenden Streßbelastungen aufzustellen, die Buchempfehlung am Schluß der Einführung sowie die abschliessende Frage nach den Vorteilen der Erkrankung, die eine Frage nach den Sekundärgewinnen ist.

Bei dem Fragebogen ging es uns ebenfalls in erster Linie darum, daß der an unserem Programm interessierte Patient sich auf die gemeinsame Arbeit vorbereitet. Er sollte Gelegenheit haben, anläßlich der ausführlichen Fragen nach dem Berufsleben, nach dem sozialen Kontakt, nach der psychischen Verfassung, nach Streßbelastung, Entspannung und Bewegung sowie vor allen Dingen nach dem Ohrton und seinen Begleitumständen über sich nachzudenken. Für uns bedeutete der Fragebogen die Möglichkeit, uns in allgemeiner Form über den Zustand des Patienten zu orientieren sowie einige wichtige Daten in bezug auf den Ohrton schriftlich fixiert vorliegen zu haben.

Das oben beschriebene, etwas umständlich wirkende Anmeldungs-Procedere haben wir absichtlich so gestaltet, um auf diese Weise auch nur wirklich motivierte Patienten als Teilnehmer an unserem

Programm zu sehen. Wer wirklich bereit war, so glaubten wir, würde sich durch die obigen Unterlagen entsprechend anregen lassen und die geforderten Bedingungen erfüllen.

b. Durchführung und Ergebnisse

Von den vierzehn Patienten, die sich auf unser Schreiben gemeldet hatten, waren zehn Patienten Frauen, vier Männer. Bei fünf Patienten wurde schon im Lauf der Voruntersuchung bzw. des Erstgesprächs klar, daß sie für eine Teilnahme an unserem Programm nicht in Frage kommen würden. Eine Patientin war in der Zwischenzeit von München weggezogen, so daß für sie der zeitliche und finanzielle Aufwand unzumutbar gewesen wäre. Drei Patienten kamen ausschließlich, weil sie sich eine neuartige medikamentöse Therapie erhofft hatten; sie waren an unserem Therapie- und Übungsprogramm von vornherein nicht interessiert. Bei einer Patientin war die akustische Verständigung trotz Hörgeräts so schwierig, daß sie von uns aus gesehen für die Therapie ungeeignet war, und eine letzte Patientin wollte die Gelegenheit der Nachuntersuchung mehr dazu benutzen, eine andere Ohrerkrankung abklären zu lassen, während sie der Tinnitus selbst weniger störte. Bei den verbleibenden neun Patienten war schon bei der Voruntersuchung ein deutliches Interesse an unserem Therapie- und Übungsprogramm erkennbar; drei der Patienten meldeten sich sofort an, die übrigen nahmen die vorgeschlagene einwöchige Bedenkzeit in Anspruch. Mit der Rücksendung ihrer Unterlagen meldeten sich sämtliche verbleibenden neun Patienten verbindlich zur Teilnahme an.

3. Teilnehmer am Therapie- und Übungsprogramm

a. Allgemeine anamnestische Daten

Bei den neun Patienten an unserem Therapie- und Übungsprogramm handelte es sich um sechs weibliche und drei männliche Patienten. Je drei von ihnen waren zwischen 40 und 50 bzw. zwischen 50 und 60 Jahre alt, zwei Patienten lagen in der Altersstufe

der 30- bis 40-jährigen, und ein Patient war unter 30 Jahre alt. Drei der Teilnehmer waren ledig, sechs verheiratet. Drei Patienten hatten Hauptschul- und fünf Realschulabschluß; ein Patient war Student. Der überwiegende Teil, nämlich sieben Patienten, leistet im Beruf geistige Arbeit, verbunden mit sitzender Haltung.

Bei den über 50 Jahre alten Patienten war der Ohrton zum ersten Mal vor mehr als fünf Jahren aufgetreten, bei den unter 50 Jahren vor weniger als drei Jahren; alle Patienten hatten ihren Ohrton länger als ein halbes Jahr. Sechs Patienten hatten ihren Tinnitus beidseits, zwei lokalisierten ihn ins rechte, einer ins linke Ohr. Bei acht Teilnehmern war der Ohrton stets gleichbleibend, bei einer Teilnehmerin pulsierend. Sechs Patienten gaben an, den Ohrton ständig zu hören; drei hörten ihn nur vorübergehend. Vier Patienten störte der Ohrton vorwiegend am Abend bzw. wenn sie zur Ruhe kamen; zwei störte er vorwiegend morgens, und drei Patienten konnten keinen speziellen Zeitraum der Belästigung angeben. Ein Teilnehmer fühlte sich durch sein Ohrgeräusch subjektiv nur geringfügig beeinträchtigt, zwei fühlten sich spürbar beeinträchtigt, zwei fühlten sich erheblich beeinträchtigt bzw. empfanden ihr Ohrgeräusch als unerträglich. Vier Patienten gaben eine unterschiedlich starke subjektive Beeinträchtigung an. Bei acht Patienten war der Tinnitus von wechselnder Intensität. Er wurde bei fünf Patienten unter Streß, bei Ärger, Erregung und nach Anstrengung stärker; bei einer Patienten wurde er in Ruhe stärker; bei zwei Patienten war die Intensitätsschwankung rein zufällig.

Zwei Drittel der Patienten gaben an, sehr lärmempfindlich zu sein.

Der Tinnitus trat bei sechs Teilnehmern im Zusammenhang mit einer degenerativen Innenohrschwerhörigkeit im Hochtonbereich auf; bei einem Teilnehmer trat der Ohrton nach einem Knalltrauma auf, bei einer Teilnehmerin nach Stapedektomie, und eine Teilnehmerin hatte einen toxischen Tinnitus. Die mehr oder weniger starken Innenohrschwerhörigkeiten waren in drei Fällen von degenerativer HWS-Schädigung, in zwei Fällen von Hypertonie und in je einem Fall von Hypotonie bzw. Hyperthyreose begleitet. Die Patientin mit dem toxischen Tinnitus litt zusätzlich an Hypotonie. Drei der Patienten fühlten sich durch ihre Schwerhörigkeit beeinträchtigt, jedoch nur eine Patientin mehr als durch den Tinnitus. Acht Patienten gaben an, häufig Schmerzen im Nacken-Schulter-Bereich zu haben. Sechs der Teilnehmer fühlten sich in beruflicher, familiärer und persönlicher Hinsicht unter Streß, wobei der familiäre Streß im Vordergrund stand; drei der Patienten empfanden sich wegen des Ohrtons subjektiv unter Dauerstreß.

In therapeutischer Hinsicht waren alle Patienten mit der bisherigen Behandlung unzufrieden. Diese bestand in allen Fällen in der Verabreichung durchblutungsfördernder Medikamente; vier Patienten nahmen regelmässig Tranquilizer, Hypnotika bzw. Sedativa, drei unterzogen sich physikalischen Therapiemaßnahmen. Vier Patienten hatten - ebenfalls ohne Erfolg - auch andere Therapiemethoden, wie Akupunktur, Homöopathie und Neuraltherapie, ausprobiert. Am meisten half den Patienten noch, wenn sie durch externe Geräusche, z.B. Radiomusik, ihren Ohrton betäubten (bei sieben Patienten).

b. Audiometrische Daten

Vor der audiometrischen Untersuchung haben wir alle Patienten otoskopiert. Anzeichen pathologischer Entwicklung sind uns dabei

bei keinem Pateinten aufgefallen.

Wir werden im Folgenden die audiometrischen Ergebnisse nicht tabellarisch oder summarisch darstellen, da bei unserer geringen Patientenzahl jede Art von Statistik von vornherein fragwürdig ist. Wir wollen diese Daten stattdessen individuell beschreiben und kennzeichnen zu diesem Zweck jeden Patienten mit einem Großbuchstaben. Diese Kennzeichnung behalten wir auch später bei, wenn wir den Ablauf des Therapie- und Übungsprogramms bei den einzelnen Patienten schildern.

Patient A, männlich, 57 Jahre alt:
Diagnose: Tinnitus beidseits bei asymmetrischer cochleärer Innenohr-Hochton-Schwerhörigkeit.
Der Tinnitus besteht seit elf Jahren; seine Ätiologie ist unklar. An Begleiterkrankungen liegen vor: labile Hypertonie und vegetative Dystonie mit Schlafstörungen und Konzentrationsschwäche.

Der linksseitige Tinnitus hat eine Frequenz von 3000 Hz und ist durch Schmalbandrauschen von 40 dB und Breitbandrauschen von 20 dB verdeckbar. Der Hörverlust beträgt bei der Frequenz des Ohrtons 25 dB. Der rechtsseitige Tinnitus hat eine Frequenz von 4000 Hz und ist durch Schmalbandrauschen von 30 dB und Breitbandrauschen von 10 dB verdeckbar. Der Hörverlust beträgt bei der Frequenz des Ohrtons 20 dB.

Patient B, weiblich, 46 Jahre alt:
Diagnose: Tinnitus beidseits bei beidseitiger degenerativer Innenohrschwerhörigkeit. Der Tinnitus besteht seit zehn Monaten. Als Begleiterkrankung liegt eine Hyperthyreose vor.

Der Tinnitus hat auf beiden Seiten eine Frequenz von etwa 12 000 Hz und ist beidseits durch Schmalbandrauschen von 60 dB und durch Breitbandrauschen von 30 dB verdeckbar. Der linksseitige Hörver-

lust bei der Frequenz des Ohrtons beträgt 35 dB, der rechtsseitige 40 dB.

Patient C, männlich, 23 Jahre alt:
Diagnose: Tinnitus beidseits nach Knalltrauma. Der Tinnitus besteht seit sieben Monaten.

Der Tinnitus läßt sich auf beiden Seiten keiner bestimmten Frequenz zuordnen; linksseitig ist er je nach Untersuchungstag im Frequenzbereich zwischen 4000 und 8000 Hz durch Schmalbandrauschen von 40 bis 70 dB und durch Breitbandrauschen von 30 bis 50 dB verdeckbar. Der Ohrton der rechten Seite ist je nach Untersuchungstag im Frequenzbereich zwischen 4000 und 6000 Hz durch Schmalbandrauschen von 50 bis 70 dB und durch Breitbandrauschen von 40 bis 50 dB verdeckbar. Bei der Frequenz von 6000 Hz besteht ein Hörverlust von 25 dB.

Patient D, weiblich, 43 Jahre alt:
Diagnose: linksseitiger Tinnitus bei Zustand nach linksseitiger Stapedektomie bei beidseitiger Otosklerose. Der Tinnitus besteht seit sieben Monaten. Begleiterkrankungen liegen nicht vor.

Der Tinnitus hat eine Frequenz von 4000 Hz und ist durch Schmalband- und Breitbandrauschen von 40 dB, entsprechend der Hör - schwelle bei 4000 Hz, verdeckbar.

Patient E, weiblich, 57 Jahre alt:
Diagnose: Beidseitiger Tinnitus bei Innenohr-Hochton-Schwerhörigkeit. Der Tinnitus besteht seit fünf Jahren. An Begleiterkrankungen liegen vor: degenerative HWS-Schädigung und Hypertonie.

Der Tinnitus hat auf beiden Seiten eine Frequenz von 4000 Hz und ist ebenfalls beidseits mit Schmalbandrauschen von 80 dB und mit

Breitbandrauschen von 60 dB verdeckbar. Der Hörverlust bei der Frequenz des Ohrtons beträgt beidseits 40 dB.

Patient F, weiblich, 57 Jahre alt:
Diagnose: rechtsseitiger pulsierender Tinnitus bei weitgehend normalem Audiogramm mit geringfügigem Hochtonabfall ab 6000 Hz und einer minimalen Senke von 25 dB bei 2000 Hz. Der Tinnitus besteht seit zehn Jahren. An Begleiterkrankungen liegt eine degenerative HWS-Schädigung vor.

Der Tinnitus hat eine Frequenz von 5000 Hz und ist mit Schmalbandrauschen von 60 dB und mit Breitbandrauschen von ca. 50 dB verdeckbar.

Patient G, männlich, 42 Jahre alt:
Diagnose: rechtsseitiger Tinnitus bei cochleärer Innenohr-Hochton-Schwerhörigkeit beidseits. Der Tinnitus besteht seit zweieinhalb Jahren. Als Begleiterkrankung liegt eine degenerative HWS-Schädigung vor.

Der Tinnitus hat eine Frequenz von 8000 Hz und ist durch Schmalband- und Breitbandrauschen von je 80 dB verdeckbar. Der Hörverlust bei der Frequenz des Ohrtons ist total.

Patient H, weiblich 33 Jahre alt:
Diagnose: beidseitiger Tinnitus bei minimaler kombinierter Innenohr-Hochton-Schwerhörigkeit ab 4000 Hz. Der Tinnitus besteht seit eineinhalb Jahren. Als Begleiterkrankung liegt eine Hypotonie vor.

Der Tinnitus hat beidseits eine Frequenz von 4000 Hz und ist beidseits mit Schmalbandrauschen von 50 dB und mit Breitbandrauschen von 40 dB verdeckbar. Der Hörverlust bei der Frequenz

des Ohrtons beträgt beidseits 20 dB.

Patient I, weiblich, 30 Jahre alt:
Diagnose: toxischer Tinnitus beidseits bei weitgehend normalem Audiogramm mit linksseitiger Hochtonsenke von 20 dB bei 6000 Hz. Der Tinnitus besteht seit eineinhalb Jahren. Als Begleiterkrankung liegt eine Hypotonie vor.

Der linksseitige Tinnitus hat eine Frequenz von ca.1000 Hz und ist nicht hörbar, wenn die Patientin den Kopfhörer trägt. Der rechtsseitige Tinnitus hat eine Frequenz von ca. 8000 Hz und ist mit der Hörschwelle verdeckbar.

Mit diesen individuellen audiometrischen Daten haben wir bereits den spezifischen Bereich unserer Arbeit betreten. Ehe wir den Verlauf des Therapie- und Übungsprogramms bei den einzelnen Patienten schildern, wollen wir noch kurz das Setting beschreiben, in dem es stattfand.

4. Setting

Das Therapie- und Übungsprogramm wurde in einem der üblichen Audiometrie-Räume durchgeführt. Wir haben darauf geachtet, daß der Patient entweder dem Leiter des Programms gegenüber oder im rechten Winkel zu ihm sitzen konnte; auf diese Weise waren der Blickkontakt einerseits und die Abwendung des Blicks andererseits erleichtert.
Aufgrund räumlicher Probleme mußten die Sitzungen zum Teil in den wesentlich labormäßiger eingerichteten, fensterlosen und gekachelten Olfaktometrie-Raum verlegt werden.

Es versteht sich von selbst, daß die beschriebenen räumlichen Verhältnisse für ein Programm, wie wir es im Sinn hatten, zunächst ungeeignet schienen. Wenn wir uns dem Menschen in seiner leibseelischen Ganzheit widmen und ihn darin ansprechen wollen, bedürfen wir auch eines äußeren Rahmens, der atmosphärisch davon zeugt und in dieser Richtung verstärkend wirkt. Wir haben uns nur mangels besserer Möglichkeiten mit diesen Räumen begnügt.

Geradezu vorteilhaft hat sich zuweilen die weitgehende Schallisoliertheit erwiesen, indem sie die meisten akustischen Ablenkungen - auch vom Ohrton - von vornherein ausschloß. Wir haben schließlich sogar die Erfahrung gemacht, daß die teils ungemütlichen räumlichen Umstände die Intensität der therapeutischen Arbeit nicht zu beeinträchtigen vermochten. Sie haben sie jedoch

sicher nicht gefördert. Die therapeutische Begegnung zwischen Arzt und Patient, wie sie unser Programm vorsieht, setzt eine freundliche und entspannende räumliche Umgebung offenbar nicht unbedingt voraus; es kommt in erster Linie auf die Qualität dieser Interaktion an.

II. Durchführung des Therapie- und Übungsprogramms

1. Allgemeine Bemerkungen zum Ablauf des Programms

Unser Therapie- und Übungsprogramm lief zeitlich im wesentlichen so ab, wie wir es uns vorgestellt hatten. Die Patienten kamen einmal pro Woche zu einer Sitzung, die jeweils etwa eineinhalb Stunden dauerte. Nach der siebten Sitzung legten wir eine Pause von drei Wochen ein, an die sich die letzten drei Sitzungen anschlossen. Der zeitliche Umfang des Programms betrug daher insgesamt dreizehn Wochen. Wenn einzelne Sitzungen aufgrund terminlicher Probleme von Seiten der Patienten ausfielen, wurden sie an einem anderen Tag der darauffolgenden Woche nachgeholt; der eine oder der andere Patient hatte auf diese Weise auch einmal zwei Sitzungen pro Woche. Wir haben dies so gehalten, weil uns zum Zwecke des besseren Überblicks ein einigermaßen synchronisierter Ablauf des Programms wünschenswert schien.

In der ersten Sitzung bestand - abgesehen von der Besprechung und Durchführung der ersten Übung und gegebenenfalls einer erweiterten Anamnese - unsere Aufgabe vor allem darin, erste Erfahrungen in unserer spezifischen Art der therapeutischen Arbeit zu initiieren. Dies war umso nötiger, als keiner der Patienten entsprechende Vorerfahrungen hatte. Immerhin brachte aber jeder Patient das Bewußtsein, mehr oder weniger erheblichen Streßbelastungen ausgesetzt zu sein sowie die grundsätzliche Bereitschaft mit, auf neuartige Weise an seinem Ohrton zu arbeiten, unter dem er ja nach wie vor litt.

Bis zur siebten Sitzung waren die Besprechung und Durchführung von Übungen regelmäßiger Bestandteil der gemeinsamen Arbeit. Neben diesem allmählichen Aufbau der Übungssequenz ging es

aber darum, den leibseelischen Umkreis der Ohrton-Problematik immer eingehender zu erkunden und zu bearbeiten.

Die Möglichkeit, in der dreiwöchigen Pause selbständig zu üben und eigene Erfahrungen zu machen, wurde von den Patienten sehr unterschiedlich genutzt.

Die letzten drei Sitzungen dienten der weiteren Bearbeitung der im Lauf der Zeit in den Vordergrund getretenen Probleme. Durch das Wegfallen von programmierten Abläufen - wie den Übungen - wurde es nun noch mehr Sache der Patienten, die Dinge anzusprechen, mit denen sie gerade beschäftigt waren. In allen drei Sitzungen spielte aber auch schon das nahende Ende des Programms eine Rolle, und so hatten die Gespräche auch abschließenden Charakter. In der letzten Sitzung haben wir nicht nur ein letztes Gespräch geführt, in dem es vor allem darum ging, das künftige Verhalten im Umgang mit dem Ohrton in der Phantasie durchzuspielen - insbesondere für den Fall, daß das subjektive Leiden an ihm wieder größer wird - und je nach Wunsch auf weitere Möglichkeiten der Therapie zu verweisen. Wir haben eine Nachuntersuchung durchgeführt, bei der wir den Patienten einen Fragebogen vorlegten und noch einmal abschließend ihren Ohrton bestimmten. Auf die Ergebnisse dieser Nachuntersuchung werden wir weiter unten noch gesondert eingehen. Die Patienten wurden auch noch aufgefordert, nach Ablauf eines halben Jahres zu einer Kontrolluntersuchung zu kommen. Das Programm endete schließlich mit der Verabschiedung der Patienten, die - nach etwa fünfzehn Stunden vertrauensvoller und intensiver Begegnungen - zum Teil auf bewegte und bewegende Weise verlief.

Zum Verlauf der therapeutischen Arbeit ist zu sagen, daß es im allgemeinen den Patienten zunächst schwerfiel, ihre Ohrton-

Problematik ganzheitlich anzugehen, war ihnen doch diese Art des Zugangs,der "Behandlung",völlig fremd. Im Lauf der zehn Sitzungen haben aber alle Patienten in dieser Richtung entscheidende Erfahrungs- und Lernschritte getan. Die vorgeschlagenen Übungen fanden zwar bei den meisten Patienten Anklang, wurden aber keineswegs so extensiv praktiziert, wie wir uns das vorgestellt hatten. Demgegenüber standen die therapeutischen Gespräche, die sehr vielfältig waren, etwas im Vordergrund.

Die nun folgenden Berichte über den Ablauf des Therapie- und Übungsprogramms sowie der Erstgespräche bei den einzelnen Patienten beruhen auf Gedächtnisprotokollen, die ich nach jeder einzelnen Sitzung niederschrieb; ein Teil des Materials entstammt den Fragebögen, die wir den Patienten vorgelegt haben. Ich habe in diesen Berichten versucht, das zu veranschaulichen und sinnfällig zu machen, was in den zehn Sitzungen jeweils geschehen ist. Ich habe mich bemüht, nicht aus einer wie immer gearteten objektiven Distanz die Patienten vorzuführen, sondern sie und mich in der lebendigen Begegnung zu schildern, die für unser Programm ausschlaggebend ist. Dies muß freilich lückenhaft bleiben. Zum einen ist es schon grundsätzlich problematisch, erlebtes Leben in schriftliche Berichte oder Geschichten zu fassen; ein entsprechender Versuch führt immer zu einer neuartigen Gestalt, die das ursprünglich Vorgegebene in verwandelter Form enthält. Zum zweiten sind diese Berichte natürlich Ergebnis meiner persönlichen Erinnerungen und Deutungen; sie sind sozusagen durch meinen subjektiven Filter hindurchgegangen und geben wieder, was ich erlebt, gesehen, gehört, gedacht, gefühlt und wahrgenommen habe. Gerade darin verwirklicht sich aber andererseits jene Ganzheitlichkeit, deren Objektivität über die von

Tonband- und Videoaufzeichnungen hinausgeht, weil sie vom Fremden als vom Eigenen handelt. Zum dritten bleibt, selbst wenn alles minutiös beschrieben wäre, ein Rest, der nicht zu beschreiben ist, der aber dennoch wirkt und stets gegenwärtig - und hoffentlich auch auf den folgenden Seiten wahrnehmbar - mitschwingt.

Von den neun Patienten, die sich zu unserem Therapie- und Übungsprogramm verbindlich angemeldet hatten, nahmen sechs Patienten am gesamten Programm teil; drei Patienten schieden vorzeitig aus. Ich beziehe die Berichte über diese drei Patienten - die ich auch denen über die anderen Patienten voranstellen möchte - bewußt in meine Darstellung ein, da in ihnen eine wesentliche Komponente deutlich wird; sie zeigen nach meiner Auffassung die Schwierigkeiten, die die Patienten mit unserem Programm, mit der von uns intendierten und praktizierten ganzheitlichen Arbeit und womöglich auch mit mir als Therapeut und als Person hatten; sie beleuchten freilich auch die Probleme, die ich mit den Patienten hatte. Auf diese Weise werden also die folgenden Berichte die ganze Reichweite unseres Therapie- und Übungsprogramms veranschaulichen.

2. Ablauf des Programms bei den einzelnen Patienten

a. Patient D

Mit Frau D stellt sich beim Erstgespräch eine 43-jährige Sekretärin vor, die seit sieben Monaten an einem linksseitigen Tinnitus leidet. Sie berichtet, seit etwa zweieinviertel Jahren sei ihr eine zunehmende Schwerhörigkeit vor allem des linken Ohres aufgefallen. Seit knapp zwei Jahren hat sie zeitweise ein pulsierendes Rauschen wahrgenommen. Die diagnostizierte beidseitige Otosklerose erforderte vor sieben Monaten eine linksseitige Stapedektomie. Im Anschluß daran hat Frau D einen Tinnitus bemerkt, den sie als Klingeln, vergleichbar dem Zirpen einer Grille oder dem Klang von Silberglöckchen, beschreibt. Frau D findet, in letzter Zeit habe sich auch das rechte Ohr rapide verschlechtert, und sie will einen Termin für eine weitere Operation vereinbaren. Auf meine Frage, wie sie mit dem Ohrton zurechtkomme, meint sie, sie habe sich einerseits damit abgefunden, fühle sich aber andererseits doch von ihm belastet. Ich frage sie nach weiteren Belastungen, Krankheiten, Streß. Sie antwortet, außer Rheuma habe sie selbst keine Krankheiten, aber ihre Zwillingsschwester habe seit knapp zwei Jahren Brustkrebs. Frau D fängt an zu weinen, unterdrückt aber ihre Tränen sehr schnell und erzählt weiter, man habe ihrer Schwester eine Brust amputieren müssen und vor sechs Monaten seien Metastasen aufgetreten; vor einem Jahr sei auch noch ihre Mutter mehrere Monate lang schwer krank gewesen und Ende des Jahres dann gestorben. "Jetzt hängen sie alle an mir, der Vater, die Schwester und der Bruder". Der Vater wohnt 50 km entfernt, und seit der Erkrankung der Mutter versorgt Frau D ihn jeweils an den Wochenenden. Ich will wissen, wie

sie sich angesichts dieser Belastungen fühlt. Sie meint, man müsse sich damit abfinden. "Was soll man denn machen? Was würden Sie denn da tun?"

Ihre Äusserungen lassen mich vermuten, daß sie im Grunde völlig hilflos ist. Ihr Versuch, ihre Situation zu bewältigen, scheint mir darin zu bestehen, daß sie passiv-resignierend aushält und ihre Gefühle weitestgehend unterdrückt und leugnet. Dem entspricht auch der Eindruck, den ich von ihrer körperlichen Erscheinung gewinne: die ganze obere Körperhälfte wirkt wie eingeschnürt, die untere vergleichsweise ausladend, die Schulterpartie stark hochgezogen und verdickt. Im Gesicht fallen mir die herabgezogenen Mundwinkel und vor allem der Bereich um die Augen auf, der auffallend blaß, faltig, dünnhäutig und angestrengt, fast wie ausgezehrt, wirkt.

Als wir noch einmal auf den Ohrton zu sprechen kommen, erwähnt Frau D, schon als Kind sei sie lärmempfindlich bis zur Schmerzhaftigkeit gewesen; bezüglich der Therapie, "damit Sie es gleich wissen", habe sie auch Akupunktur versucht, aber ohne Erfolg. Voller Vorwurf spricht sie nun davon, der Ohrton sei nach der Operation und, wie sie annehme, infolge der Operation, aufgetreten. Meine Antwort lautet, der Ohrton sei nun einmal vorhanden, und es ginge in unserem Programm darum, mit ihm anders umgehen zu lernen. Ich erläutere nun ausführlich unser Vorhaben. Kaum habe ich geendet, will Frau D sofort einen Termin haben. Ich finde, sie solle es sich anhand der Unterlagen, die sie mitbekommt, noch einmal in Ruhe überlegen, aber sie meint, da brauche sie gar nicht mehr zu überlegen und sie wolle auf jeden Fall lernen, besser mit ihrem Ohrton zurecht zu kommen. Ich gebe ihrem aggressiv wirkenden Drängen schließlich nach, bin aber skeptisch

und ziehe aus dem Vorgang den Schluß, daß es bei Frau D vor allem auch darauf ankommen wird, an den Kontakt- und Ich-Grenzen zu arbeiten, worin ich mich auch durch die Tatsache bestärkt sehe, daß sie sich der Forderungen, die von Seiten ihrer Angehörigen an sie herangetragen werden, kaum erwehren kann.

Am Ende dieses ersten Gesprächs lege ich Frau D unseren Kurzfragebogen zur audiologischen Anamnese vor. Abgesehen von den bereits bekannten Tatsachen ergibt sich noch Folgendes: Frau D hört ihren Ohrton ständig und mit gleichbleibender Intensität. In Ruhe und vor allem nach dem Erwachen am Morgen stört er sie am meisten, und im übrigen empfindet sie ihn als mittel bis stark beeinträchtigend. Die zunehmende Schwerhörigkeit des rechten Ohrs belastet Frau D mehr als der Ohrton und stört sie vor allem im Gespräch mit einzelnen Personen durch verzerrte Gehörswahrnehmungen.
Die bisherige Therapie des Ohrtons war medikamentös und hat Frau D nicht zufriedengestellt.

Die Ergebnisse der Audiometrie sind weiter oben (s.S.100*) im einzelnen dargestellt.

Zum Schluß bekommt Frau D unsere schriftliche Einführung in das Therapie- und Übungsprogramm sowie den Fragebogen zur Anamnese, dessen Ausfüllung eine der Bedingungen für die Teilnahme ist, ausgehändigt. Aus den Antworten von Frau D geht Folgendes hervor: Frau D ist ledig, hat keine Kinder und wohnt allein. Sie verfügt über Realschulbildung und leistet ihrem Beruf gemäß vorwiegend geistige Arbeit. Sie leidet abgesehen von den Ohrerkrankungen an Rheuma, häufigen Nacken- und Schulterschmerzen sowie an Kopf - schmerzen. Sie nimmt nicht regelmässig Medikamente ein. Auf die Fragen, die um ihre psychosoziale Situation kreisen, antwortet sie mit einer deutlichen Tendenz zum "normalen" Mittelwert.

Am meisten ängstigt sie sich vor schweren Krankheiten. Ihr Ohrton stellt eine dauernde Streßbelastung dar, und auch von Seiten ihrer Familie empfindet sie sich unter Streß.

In die erste Sitzung kommt Frau D mit leichter Verspätung und sagt, sie habe sich gedacht, "das muß er eben hinnehmen". Ich schlage ihr zu Beginn unserer gemeinsamen Arbeit eine "stille Minute" vor, ein kurzdauerndes Stillsitzen und Schweigen mit offenen oder geschlossenen Augen. Auf die anschließende Frage, wie es ihr dabei ergangen sei, antwortet Frau D, erst habe sie sich noch nervös gefühlt, dann sei sie ruhiger geworden, dafür aber sei der Ohrton lauter geworden. Nach einem zweiten Versuch sagt Frau D, diesmal sei sie ruhiger und der Ohrton leiser gewesen. Ich frage sie, was jetzt anders sei als vorhin. Sie weiß darauf nur allgemeine Antworten, die nichts über sie selbst aussagen. Schließlich kommt sie darauf, daß ihr das Hinspüren, überhaupt das Spüren, wohltut. Dies nehme ich zum Anlaß, ihr die erste Übung zu erklären und das Entspannen über möglichst lange Zeit hinzuziehen. Am Ende der Übung ist Frau D völlig überrascht und erfreut, wie gut es ihr dabei gegangen sei und wie sehr sie sich habe entspannen können. Dann meint sie, sie wisse aber nicht, ob sie das jeden Tag machen könne, wo sie doch erst abends nach Hause komme und am Wochenende zu ihrem alten Vater fahren und da putzen, einkaufen, kochen und waschen müsse. Es folgen eine Reihe von rationalisierenden Erläuterungen, die typischerweise mit "Man muß...", "Man kann doch nicht...", "Man hat einfach..." usw. anfangen und die überraschenderweise mit dem Satz enden: "Man müßte egoistischer sein". "Egoistischer sein" heißt für Frau D in erster Linie, nicht jedes freie Wochenende dem Vater zu opfern. Aber sie findet, das könne sie nicht tun, da würde sie das schlechte Gewissen plagen. Ich frage sie, was denn das

schlechte Gewissen sagen würde. Sie wehrt ab, sie wisse dazu nichts zu sagen und habe eben ein schlechtes Gewissen. "Haben Sie noch Eltern? Was würden Sie denn tun, wenn Sie einen alten Vater hätten? Wissen Sie, so einfach ist das nicht. Und diese alten Leute, wissen Sie, die verstehen das nicht, wenn man einmal ein Wochenende für sich haben will" - so und in ähnlicher Weise und unter wiederholter Berufung auf allgemeine Verhaltensnormen rechtfertigt Frau D mir gegenüber, das heißt aber letztlich sich selbst gegenüber, ihr Verhalten, das sie unbewußt eigentlich abzulehnen scheint. Es fällt mir schwer, Frau D wirklich persönlich anzusprechen und ihren allgemeinen Äußerungen das persönlich Verbindliche zu entnehmen und es ihr zurückzu - spiegeln. Gegen Ende der Sitzung schlage ich ihr vor, sie solle sich vorstellen, ihr Vater verstünde sie und ihre Bedürfnisse. Sie entgegnet mir, das könne sie sich nicht vorstellen, ihr Vater würde das nicht verstehen, wenn sie mal ein Wochenende nicht käme. Erst als ich betone, sie solle das nur einmal phantasieren, geht sie darauf ein. "Was würden Sie Ihrem Vater dann sagen?", frage ich Frau D. In einem kurzen Dialog mit dem phantasierten verstehenden Vater fallen unter anderem folgende drei Sätze: "Ich will Zeit für mich haben", "Du bist egoistisch" und "Ich komme alle zwei Wochen". Mir wird noch einmal deutlich, wieviel Wut Frau D in ihrer Aufopferung für den Vater diesem gegenüber zurückhält und wie sehr sie ihr eigenes Bedürfnis, Zeit für sich zu haben, mißachtet. Ich trage Frau D zum Schluß auf, den Satz "Ich will Zeit für mich haben" im Sinn zu behalten. Es ist mir klar, daß die von ihr so gewünschte Entspannung nur dann in Gang kommt, wenn sie in der Lage ist, sich genügend Zeit dafür zu gönnen, d.h. sich nicht von anderen völlig vereinnahmen zu lassen, sondern sich abzugrenzen, "Nein" zu sagen.

In der zweiten Sitzung schlage ich Frau D nach einer stillen Minute erneut die Entspannungsübung vor, was sie gerne akzeptiert. Ich stelle mir vor, die körperliche Selbstwahrnehmung im Spüren könnte ihr auch ein Stück mehr Gespür für sich selbst vermitteln. Frau D scheint eine sehr globale Wahrnehmung ihrer selbst zu haben; sie hat Schwierigkeiten, das, was sie bei der Übung spürt, differenziert zu verbalisieren. Als ich sie nach der Übung frage, wie sie sich jetzt fühle, antwortet sie: "Wie meinen Sie das?" Auf meine Erläuterung hin meint sie, sie fühle sich entspannt. Nun frage ich, wo sie die Entspannung spüre. Sie sagt: "Überall". Ich will wissen, wo sie sie besonders spürt. "Ja, ich weiß nicht, wo meinen Sie?", lautet ihre Antwort. Ich zähle daraufhin verschiedene Körperteile auf, und Frau D wählt einen aus.

Im übrigen, fügt sie an, habe sich durch diese erste Übung seit der ersten Sitzung überhaupt nichts geändert. Im weiteren Verlauf der Sitzung kommen wir auf Gefühle zu sprechen. Ich frage Frau D, ob sie denn auch einmal wütend werde. Na ja, meint sie, wütend werde sie nicht gerade, aber wenn im Büro das Telefon einmal zu oft klingle, sage sie schon einmal "Scheiß Telefon!". Ich will hören, wie sie es dann sagt. Sie sagt es mit recht verhaltener Stimme. Ich fordere sie auf, es einmal mit etwas mehr Stimme und Nachdruck zu versuchen. Das ist ihr fremd, aber sie versucht es trotzdem. Nach einigen Malen "Scheiß Telefon!" fängt sie an zu lachen. Sie findet, der Ausdruck tue ihr gut. Meine Frage, wo sie das spüre, wo es denn gut tue, beantwortet sie damit, sie wisse es nicht, halt einfach überall. Ich bemerke, wie ich ungeduldig werde und empfinde die Arbeit mit Frau D als mühsame Millimeterarbeit. Frau D versteht angeblich keine meiner Fragen bzw. weiß nicht, was sie darauf antworten soll. Nach der zweiten Übung, bei der sie zunächst nur auf den Ohrton achten sollte,

berichtet sie schließlich nach längerem Fragen, sie sei beim Hinhören auf den Ton unruhig gewesen und habe im Bauch ein Kribbeln verspürt. Einen Dialog mit dem Ohrton zu führen, lehnt Frau D ab: "Was soll der Ton mir zu sagen haben; der ist ja durch die Operation entstanden." Frau D führt dieses Thema noch eine Weile aus; ich gehe nicht mehr darauf ein und beende schließlich die Sitzung. Ich überlege, daß ich wohl noch mehr auf "rein" körperliche Entspannungsübungen zurückgreifen muß. Ich finde kaum Zugang zu Frau D und vermute, daß sie zum einen nicht verstanden hat, worum es in unserem Programm geht und zum andern ein so dichtes Netz von Abwehrmechanismen und Widerstand aufgebaut hat, daß es mir jedenfalls nur schwer möglich scheint, es irgendwie zu durchdringen. Dabei steht mir wohl auch meine eigene Ungeduld im Wege.

Frau D kommt in die dritte Sitzung und will den Mantel gar nicht erst ausziehen. Sie ist gekommen, um mir persönlich zu sagen, daß sie die Therapie nicht mehr mitmachen will. Sie erklärt mir, sie wolle zwar Entspannungsübungen machen, aber andere, wie z.B. Mit-dem-Ohrton-reden, wolle sie nicht machen. Sie sei da ganz realistisch, sie könne nicht mit ihrem Ohrton wie mit einem guten Freund leben; außerdem müsse sie so und so mit ihm leben, auch wenn er ein schlechter Freund sei. Sonst könne sie ja gleich den Strick nehmen. Und überhaupt verstehe sie meine Fragen nicht und sie möge das nicht. Ich freue mich, daß sie persönlich gekommen ist, um mir das zu sagen und bedauere trotz allem, daß sie nicht weitermacht, und ich sage ihr das auch. Ich frage sie noch, ob sie denn die Einführung genau gelesen habe. Sie bejaht und setzt hinzu, von solchen Gesprächen sei da aber nicht die Rede gewesen. Frau D scheint mir wütend und traurig zugleich zu sein, während sie mit mir spricht, und ich bilde mir ab -

schließend die Hypothese, daß ich sie sehr wohl bereits angesprochen habe und daß die Angst vor bereits geahnten schmerzhaften Erfahrungen und Erkenntnissen größer wurde als der anfängliche Mut, sich sich selbst zu stellen.

Das vorzeitige Ausscheiden von Frau D hat nach meiner Auffassung verschiedene Gründe, die sowohl in ihrer als auch in meiner Person auszumachen sind. Zunächst einmal hatte sie wohl bestimmte Vorstellungen von dem, was sie erwarten würde, die nicht mit dem tatsächlichen Ablauf übereinstimmten. Meine Vorstellungen waren in dieser Hinsicht freilich auch vorgeprägt, da ich das Programm entworfen und somit einen gewissen Ablauf programmiert hatte. Sodann scheint mir Frau D nicht bereit gewesen zu sein, sich auf mehr als das Erlernen einer Technik für das bessere Tolerieren des Ohrtons einzulassen, was für mich allerdings unabdingbar ist. Ein weiterer wichtiger Punkt waren die verbalen Kommunikationsbarrieren, die immer wieder zu Mißverständnissen führten. Selbstverständlich spielten auch noch tieferliegende intrapsychische Faktoren eine Rolle. Ich verzichte aber ganz bewußt auf deren Erörterung, da ich mich nicht auf eine Ebene psychiatrischer Diagnostik begeben möchte, die unserem Therapie und Übungsprogramm wesensfremd ist. Im Vordergrund meiner Arbeit steht auch nicht die Psychopathologie der Patienten, sondern ihr subjektives Leiden am Ohrton, dessen ganzheitliche Zusammenhänge ich allerdings so weit wie nötig aufdecken, erfahrbar und therapeutischer Bearbeitung zugänglich machen will.

b. Patient E

Frau E ist 57 Jahre alt. Beim Erstgespräch berichtet sie, sie habe den Tinnitus seit fünf Jahren und zwar vorwiegend im linken Ohr. Gerade eben erscheint er ihr besonders laut, und sie fügt hinzu: "Aber nicht Ihretwegen!" Der Ohrton stört sie vorwiegend morgens nach dem Aufwachen und vormittags. Frau E meint dazu, sie sei noch nie gerne früh aufgestanden, worüber wir dann eine Weile reden. Als ich sie nach der bisherigen Therapie befrage, antwortet sie, sie habe alle Therapien bis hin zur Homöopathie durchprobiert und glaube keiner mehr; sie wolle aber alles versuchen und sei durchaus bereit, mitzumachen: "Ich bin gespannt, ob Sie meinen Tinnitus wegkriegen". Ich erwidere ihr, das müsse sie schon selbst tun, ich könne ihr nur dabei helfen. Auf die Frage nach weiteren Erkrankungen schildert Frau E ihre Probleme mit der Halswirbelsäule. Nacken- und Schulterbereich sind schmerzhaft angespannt; Gymnastik, Wärme und Entspannung lindern ihre Schmerzen. Frau E kennt den Zusammenhang zwischen der Halswirbelsäulenschädigung und dem Ohrton und hilft sich selbst, wenn er besonders laut ist, indem sie Nacken und Schultern massiert, überwärmt und zu entspannen versucht. Frau E weiß auch, daß ihr Ohrton unter Streß, bei Aufregungen und Ärger stärker wird. Sie leidet auch an Hypertonie, die sie als "erbbedingt" bezeichnet, weil Mutter und Großmutter schon hohen Blutdruck hatten; Frau E nimmt regelmäßig Antihypertonika ein.

Bezüglich der audiologischen Anamnese erfahre ich aus dem Kurzfragebogen noch, daß sich Frau E durch den - nicht pulsierenden - Ohrton unterschiedlich beeinträchtigt fühlt, daß ihr gegen den Ohrton Wärme am meisten hilft und daß der Ohrton sie mehr stört als die Schwerhörigkeit. Diese besteht seit drei Jahren, ist

geringfügig stärker geworden und stört sie vorwiegend während der Arbeit. Frau E trägt kein Hörgerät.

Nachdem ich Frau E unser Vorhaben erläutert habe, schlage ich ihr noch vor, trotz ihrer Bereitschaft die Bedenkzeit in Anspruch zu nehmen und erst dann - wenn überhaupt - verbindlich zuzusagen.

Dieses erste Gespräch mit Frau E hat mir gezeigt, daß sie eine medizinisch vorgebildete Frau ist; und in dieser Tatsache sehe ich gewisse Schwierigkeiten: Frau E legt ein profundes Mißtrauen gegenüber allen Therapien an den Tag und scheint gleichzeitig zu erwarten, daß ihr ihr Leiden von außen her genommen wird. Ich vermute, daß zudem ihr medizinisches Wissen sie im Sinne eines Abwehrmechanismus daran hindern wird, die inneren Zusammenhänge zwischen Krankheit und Lebensführung erfahren zu wollen. Ich beschließe, zunächst einmal vorsichtig zu sein und mehr auf der kognitiv-rationalen Ebene zu bleiben, falls Frau E teilnehmen wird, bin aber unsicher in bezug darauf, wie weit sie sich wirklich einlassen wird.

Mit dem ausgefüllten Fragebogen zur Anamnese meldet sich Frau E verbindlich zur Teilnahme an unserem Programm an. Dem Fragebogen entnehme ich noch folgende wesentliche Details: Frau E ist ledig, hat keine Kinder und wohnt zeitweise allein. Sie hat einen Realschulabschluß. Ihren Ohrton vergleicht sie mit einem Zischen. Sie leidet an keiner akuten Erkrankung. Zusätzlich zum HWS-Syndrom gibt sie auch noch eine Schädigung im Bereich der Lendenwirbelsäule an. Frau E hat wenig sozialen Kontakt. Frau E fühlt sich durch den Ohrton nicht unter Dauerstreß; im Beruf fühlt sie sich allerdings streßbelastet. Frau E treibt keinen Sport und hat kaum Bewegung; sie hat keine Hobbys mehr. Sie bezeichnet sich als äußerst lärmempfindlich, vor allem, was Verkehrs- und Baulärm

angeht. Sie sieht sich selbst als wenig gesprächig. Am meisten Angst hat Frau E vor einem Leiden, welches sie im Alter von fremder Hilfe abhängig machen könnte.

In der ersten Sitzung schlage ich zunächst eine stille Minute vor, bei der es nur darum geht, wahrzunehmen, was an körperlichen Empfindungen, Gefühlen, Gedanken, Bildern usw. auftaucht.
Als ich Frau E anschließend frage, was sie bemerkt habe, antwortet sie, der Ohrton sei die ganze Zeit im Vordergrund gestanden; heute sei er auch wieder besonders stark, aber das habe nichts mit dieser Situation hier zu tun, er trete bei allen möglichen und unmöglichen Gelegenheiten auf und hänge also nicht unbedingt mit psychischen Dingen oder mit Streß zusammen. Wir reden eine Weile darüber, wie sich Streß und psychische Dinge ganz allgemein auf das Leiden am Ohrton auswirken können, und ich versuche immer wieder, auf rationaler Ebene einen Zugang zu Frau E zu gewinnen. Wir kommen darauf zu sprechen, daß der Tinnitus bei psychisch vorbelasteten Patienten besonders stark sei. Frau E erzählt, wie sie dann auch leicht nervös und gereizt werde, wenn sie mit psychisch vorbelasteten Menschen zu tun habe. Hier sehe ich einen Ansatzpunkt, um von der sachlichen Ebene weg auf die persönliche zu kommen und frage, woran sie denn merke, daß sie gereizt sei, wo sie die Gereiztheit spüre. Ich schlage ihr vor, sich in eine solche Situation zu versetzen. Auf einigen Umwegen kommt Frau E darauf, es steige dann eine innere Unruhe in ihr auf, die sich in der Gegend des Halsausschnittes staue; sie beiße dann auch die Zähne zusammen. Auf meine Frage, welches Gefühl sie hinter den zusammengebissenen Zähnen zurückhalte, meint sie schließlich: "Zorn". Ich bin froh, daß wir an diesen Punkt gelangt sind und versuche an diesem Beispiel noch einmal, ihr den engen Zusammenhang zwischen Gefühlen und körperlicher Verfassung zu demonstrieren.

Als Frau E dann meint, ihr Tinnitus hänge aber doch sicher mit ihrem HWS-Syndrom zusammen, erkläre ich ihr, daß darin ja auch eine lange Geschichte stecke, die ebenfalls mit Gefühlen und dem Umgang mit ihnen zu tun habe. Hier weicht Frau E nach meinem Eindruck aus und bringt medizinische Erläuterungen. Ich gehe darauf nicht mehr ein, sondern schlage ihr vielmehr vor, noch einmal zum Gefühl des Zorns zurückzukehren; Frau E solle sich vorstellen, sie habe mit einem - wie sie sagt - "spinnerten Menschen" zu tun und dürfe ihrer Gereiztheit freien Lauf lassen. Sie geht auf meinen Vorschlag ein und meint, sie würde ihn fertigmachen wollen. Wie sie denn das machen würde, will ich wissen. Sie antwortet, sie würde sagen: "Donnerwetter, jetzt hören Sie damit auf!" oder "Das ist gelogen!" oder "Zum Kuckuck!"; aber das ginge ja wohl nicht. Mit dieser letzten Aussage sind wir dann wieder bei allgemeinen, rationalen Überlegungen, auf die ich mich nur sehr kurz einlasse. Ich gehe zur ersten Übung über, deren Durchführung mir ganz gut zu laufen scheint. Kaum haben wir geendet, bringt Frau E Kritik vor - das Kreuz habe ihr weh getan, meine vorgeschlagene Sitzhaltung sei nicht richtig für sie usw. Ich will keine Diskussion über das Für und Wider der Übung führen. Im Verlauf dieser Sitzung sind mir vor allem zwei Dinge deutlich geworden: der Umgang mit Aggressionen - eigenen wie fremden - ist wahrscheinlich eine Hauptquelle von Streß im Leben von Frau E; die Diskrepanz zwischen der Phantasie, jemanden fertig zu machen, und einer verbalen Aggression wie "Zum Kuckuck!" ist offen - sichtlich. Die medizinische Vorbildung von Frau E erschwert für mich die Arbeit enorm, und ich ahne einen unterschwelligen Kompetenz-Streit, der natürlich jeden Fortschritt sabotieren könnte. Ich empfinde eine deutliche Befangenheit gegenüber Frau E.

Die zweite Sitzung leite Frau E damit ein, es habe wohl keinen Sinn, daß sie mitmache; sie habe die Übung nicht gemacht, sei zeitlich nicht dazugekommen, habe keine Räumlichkeiten usw; außerdem möchte sie, daß ich gute Ergebnisse erziele, und wenn sie dann nicht genug übe, wäre es damit ja wohl nichts. Frau E ärgert sich über die Übertonung des Psychischen, überall rede man heute nur noch davon. Ich antworte in ebenso allgemeiner Weise und schlage nach einem kurzen Gespräch über psychosomatische Sachverhalte, bei dem auch ihre Ambivalenz gegenüber der technisierten Organmedizin deutlich wird, vor, sie solle es sich noch einmal überlegen. Frau E stimmt zu und meint, ursprünglich habe sie die Idee von Gesprächen und Übungen nämlich sehr gut gefunden. Damit beenden wir diese Sitzung. Ich vermute, daß ich bei Frau E wohl doch zu ungeduldig in psychosomatische Bereiche vorgedrungen bin und möglicherweise eine Angstreaktion ausgelöst habe. Es wird mir klar, daß dabei auch der Umstand eine Rolle spielt, insgesamt nur zehn Sitzungen für eine entscheidende Weichenstellung im Umgang mit dem Ohrton ins Auge gefaßt zu haben. Ich hatte von daher wohl das Gefühl, gleich in der ersten Sitzung auf meine Weise bei jedem Patienten ankommen zu müssen und nicht warten zu können, bis er oder sie bei mir ankommt. Wer also nicht wirklich bereit war, sich ganz einzulassen, konnte sich davon leicht abschrecken lassen. Diese Einsicht in mein eigenes Verhalten hat mein therapeutisches Vorgehen nachhaltig verändert. In Bezug auf Frau E nehme ich mir vor, im Gespräch von meiner Seite her weniger aktiv einzugreifen und mehr zuzuhören, sie allmählich kommen zu lassen.

Frau E erklärt zu Beginn der dritten Sitzung, sie wolle nun endgültig nicht mehr teilnehmen. Ihr Ausscheiden bestätigt mir die verschiedenen Hypothesen, die ich mir gebildet und weiter oben schon beschrieben habe.

c. Patient I

Frau I, 30 Jahre alt, ist Hausfrau und Mutter einer zweieinhalbjährigen Tochter, die offenbar eine zentrale Rolle in ihrem jetzigen Leben spielt. Zur Geschichte ihres Ohrtons berichtet Frau I beim Erstgespräch, sie habe vor eineinhalb Jahren, als ihr Kind Schnupfen hatte, eine Mittelohrentzündung des rechten Ohr bekommen, die mit Penicillin behandelt worden sei; nach einiger Zeit sei dann das Gehör auf dem rechten Ohr schlechter geworden und sie habe einen Pfeifton wahrgenommen; da der Ohrton nicht weggegangen sei, habe man schließlich eine Paracentese und später eine stationäre Infusionstherapie durchgeführt, die eine kurzfristige Besserung brachte; zur Zeit sei der Tinnitus unterschiedlich stark, rechts lauter als links; im Augenblick seien beide Ohrtöne leise und störten sie nicht. Mir fällt auf, daß Frau I ihre Beschwerden lachend vorbringt, und ich spreche sie daraufhin an. Sie meint dazu, sie könne sich doch nicht jedesmal, wenn der Ohrton stark sei, ins Krankenhaus legen. Diese Antwort gibt mir zu denken, und ich vermute, daß sie eben das gerne möchte und daß sie wohl erheblichen inneren und äusseren Belastungen ausgesetzt ist oder war. Ich frage Frau I nach weiteren Krankheiten, nach ihren Lebensumständen, ihrer Geschichte. Sie erzählt, sie sei verheiratet und habe seit zweieinhalb Jahren eine Tochter, die sie fast ständig benaspruche; ihre Mutter sei Alkoholikerin, der Vater früh verstorben; sie habe einen Bruder, an dem sie sehr hänge und der ihr geholfen habe, Arzthelferin zu werden. Frau I stellt sich selbst als jemand dar, die dabei ist, selbständig zu werden; sie sei auch immer wieder einmal in psychotherapeutischer Behandlung, auch wegen ihrer Schwierigkeiten mit dem Ehemann; sie sei verwöhnt worden als

Kind, unselbständig erzogen worden und schon damals oft krank gewesen; einmal habe sie eine Colitis ulcerosa gehabt, aber abgesehen von ihrem niedrigen Blutdruck, der manchmal aber auch schwanke, habe sie keine Krankheiten. Aus Frau I's Schilderung wird mir deutlich, daß sie vieles über sich weiß und auch kausale Zusammenhänge sieht; sie begründet immer wieder, warum dies und jenes so sei. Ihr Wissen scheint mir jedoch nur wenig im Gefühl verwurzelt zu sein. Frau I redet schnell und viel und wechselt dabei immer wieder stimmlich und mimisch zwischen einem relativierend-verlegen wirkenden Lachen und einem ressentimenterfüllten Schmollen hin und her, ohne jedoch ein eindeutiges Gefühl zu äußern. Ich gewinne einen Eindruck tiefer Gefühlsunsicherheit und -abspaltung, die ich auch in der körperlichen Erscheinung wahrnehme: Frau I ist klein und schlank und wirkt zierlich, fast mädchenhaft und ohne Kontakt zum Boden unter den Füssen, wie abgehoben. Gegenüber den Händen und dem Gesicht, in denen viel Bewegung sichtbar wird, erscheint der übrige Körper unbeweglich und eher leblos.

Als ich Frau I unser Therapie- und Übungsprogramm erläutere, fragt sie mich, um welche Art von Therapie es sich handeln würde, denn sie habe durch eine Freundin von Bioenergetik gehört und habe "Angst vor wahnsinnigen Gefühlsausbrüchen", wie sie dabei vorkämen, und so etwas wolle sie nicht. Ich erkläre ihr, daß ich sehr wohl auch bioenergetische Methoden einbeziehen würde, daß es aber dabei nicht um die Erzeugung von Gefühlsausbrüchen ginge, sondern darum, die Gefühle, die in einem stecken, zu fühlen. Am Ende meiner Ausführungen meint Frau I, sie würde schon gerne einen Versuch machen, wolle es sich aber nochmal überlegen.

Am Ende dieses ersten Gesprächs stand dann noch die audiologische Fragebogen-Anamnese, die Folgendes ergab: Frau I hört in beiden

Ohren einen unterschiedlich hohen und lauten, nicht pulsierenden Ohrton; er stört sie vorwiegend abends und in Ruhe und beeinträchtigt sie nicht sehr stark. Sie war mit der bisherigen Therapie zufrieden; am meisten hat ihr geholfen, den Ohrton durch externe Geräusche zu vertäuben. Der Ohrton wechselt in der Intensität und ist vor allem nach körperlicher Anstrengung, Alkoholgenuß und bei Müdigkeit stärker. Frau I ist nicht schwerhörig, und nur selten treten Schwindel und Unsicherheit auf.

Frau I meldete sich zur Teilnahme an unserem Programm an; aus ihrem ausgefüllten Fragebogen geht hervor, daß sie über einen Hauptschulabschluß verfügt und als Hausfrau und Mutter viel körperliche Arbeit leistet, dabei aber vorwiegend allein ist. Ihren Ohrton, der nicht ständig hörbar ist, vergleicht sie mit einem Pfeifen; er verschlimmert sich unter Streßbelastung und bei Gefühlserregungen, tritt aber bevorzugt auf, wenn Frau I allein ist und sich in einer entspannten Atmosphäre befindet. Frau I. leidet an häufigen Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich und unter Kopfschmerzen. Sie nimmt regelmäßig Medikamente zur Behandlung ihrer Hypotonie ein. Frau I bezeichnet sich als gesprächig und als ziemlich empfindlich; sie hat häufig Angst, am meisten vor Krankheit. In Bezug auf den Ohrton empfindet sie keinen Dauerstreß, fühlt sich aber familiär und persönlich unter Streß.

Frau I kommt mit einem heftigen Schnupfen in die erste Sitzung. Nach einer stillen Minute meint sie, ihre Tochter habe ihr den Schnupfen angehängt, und das sei immer so. Ich frage sie, wie es ihr mit ihrer Tochter ginge. Aus ihren Antworten wird deutlich, daß sie sehr an ihrer Tochter hängt, daß ihr Mutter-sein eine Hauptquelle ihres Selbstwertgefühls darstellt, daß sie in bezug auf die Tochter sehr ängstlich ist, diese umgekehrt und

wohl damit zusammenhängend sich an sie klammert, immer wieder krank wird und die Mutter so sehr beansprucht, daß sie sich dadurch eingeengt fühlt. Wieder fällt mir auf, daß Frau I alles zu erklären versucht und lachend ernste Dinge erzählt. Ich spreche sie noch einmal darauf an, und allmählich stoßen wir auf die Hintergründe dieses Lachens. Frau I meint: "Man kann ja nicht immer traurig sein" und erzählt, wie sie sich als Dreizehnjährige gespalten gefühlt habe und auch damals schon bei den ernstesten Dingen habe lachen müssen; sie möchte ernst genommen werden, und das sei es, was sie bei ihrem Mann vermisse. Ich lasse Frau I erzählen und gehe bewußt nicht auf ihr Gespaltensein ein. Später frage ich sie, wie die Beziehung zu ihrem Mann denn sei. Sie antwortet, sie fühle sich durch ihn bevormundet, und er sei ein "Grantler"; sie stritten sich immer wieder wegen Kleinigkeiten, und dann sei sie beleidigt und rede nicht mehr mit ihm; sie seien deswegen auch schon gemeinsam in psychotherapeutischer Beratung gewesen. Ich will wissen, wie sie mit ihrem Mann streitet und schlage ihr einen Dialog mit dem phantasierten Ehemann vor. Frau I geht darauf ein und entdeckt im Verlauf des Dialogs und des darauffolgenden Gesprächs, daß sie Angst hat, vor allem Angst vor Veränderung. Auch in bezug auf das Therapie- und Übungsprogramm hat sie Angst, sie müßte sich "total verändern". Ich verstehe ihre Angst und sage ihr, es ginge mir in erster Linie darum, ihr zu helfen, sich selbst zu erkennen und anzuerkennen - so wie sie jetzt eben sei und zu entdecken, wie ihre Art zu leben mit ihrer Art, mit dem Ohrton zurechtzukommen, zusammenhänge. Als Frau I darauf mit verschiedenen Erklärungen reagiert, greife ich dieses offensichtliche Muster als eine Art des Umgangs mit sich selbst und mit dem, was einem widerfährt, auf. Daraufhin hat Frau I offenbar verstanden, worum es geht; sie scheint bereit,

dieses Muster wahrzunehmen, und ich gebe ihr eine "Hausaufgabe": "Achten Sie in den folgenden Tagen darauf, wie Sie immer wieder Dinge zu erklären versuchen!" Im Anschluß daran leite ich Frau I noch zur Entspannungsübung an, die sie als sehr angenehm empfindet.

Nach dem Ende der Sitzung ist vor allem die Angst von Frau I als bleibender Eindruck vorhanden, und ich mache mir klar, daß ich gerade auch bei ihr sehr umsichtig und langsam vorgehen muß.

Kurz vor der zweiten Sitzung läßt Frau I mir ohne weitere Begründung mitteilen, sie wolle nicht mehr mitmachen. Ich nehme unter anderem an, daß ihre Angst vor dem, was da hätte auf sie zukommen können, doch zu groß war, sehe darin aber auch, daß sie letztlich sehr genau spürt - eben in Gestalt der Angst - wieviel sie verkraften kann bzw. wo ihre Grenzen liegen. Im Hinblick auf unser Programm lerne ich daraus, wie notwendig es bei der Kürze seiner Dauer ist, trotz des ganzheitlichen Ansatzes den Tiefgang der Arbeit zu dosieren und zu begrenzen, mit anderen Worten, nicht von vornherein aufs Ganze zu gehen.

d. Patient A

Mit Herrn A kommt ein 57-jähriger, großgewachsener und athletisch gebauter Mann zum Erstgespräch, der auffallend schnell, atemlos und mit nur geringen Mundbewegungen spricht, um dann plötzlich Luft zu holen, indem er den Brustkorb kurzzeitig etwas aufbläht und ihn wieder in sich zusammensinken läßt; dann spricht er ebenso atem- und tonlos weiter, ohne Pausen einzulegen; seine Augen wandern währenddessen ruhelos hin und her und verweilen kaum einmal bei mir oder bei einem Gegenstand des Raumes. Dies vermittelt mir, ohne daß wir schon viel miteinander geredet hätten, einen ersten Eindruck von angestauter Erregung und Angst.

Herr A hat seit elf Jahren Ohrensausen. Ich frage ihn, wie das damals gewesen sei. Herr A berichtet, er sei schon seit etwa dem dreiunddreißigsten Lebensjahr äußerst geräuschempfindlich gewesen; er habe allerdings seit 27 Jahren fast täglich mehrere Stunden lang laute Jazz-Musik gehört; gleichzeitig mit der Geräuschüberempfindlichkeit habe er erstmals unter Schlaflosigkeit gelitten; einige Jahre später sei er dann in eine neue Firma übergewechselt - Herr A ist von Beruf Ingenieur - und bald darauf habe man eine vegetative Dystonie bei ihm festgestellt; das Ohrensausen habe begonnen, als er gerade sehr viel gearbeitet, nämlich außerhalb der normalen Arbeitszeit noch Fachaufsätze und ein Buch geschrieben habe; Das sei dann oft bis in die Nacht hinein gegangen. Als ich ihn noch einmal auf die Geräuschempfindlich - keit anspreche, meint Herr A,er sei auch sonst sehr empfindlich und leicht reizbar; Widerspruch könne er nur schwer ertragen; er sei auch Widerspruch nicht gewöhnt, denn seine Frau sei sehr anpassungsfähig und kenne ihn schon gut genug. Nach anderen

Krankheiten befragt, gibt Herr A an, er sei am Blinddarm operiert worden, aber schon vor gut dreißig Jahren, außerdem habe man ihm vor 14 Jahren die Gallenblase entfernt, und vor 5 Jahren habe er einen Bergunfall gehabt mit verschiedenen Knochenbrüchen; er gehe aber nach wie vor viel zum Bergsteigen.

Auf meine anschließenden Erläuterungen zum Therapie- und Übungsprogramm reagiert Herr A positiv; er ist sich darüber im klaren, daß er erheblichen Streßbelastungen ausgesetzt ist und ist durchaus bereit, etwas für sich zu tun.

Aus der Beantwortung des Kurzfragebogens zur audiologischen Anamnese geht noch hervor, daß Herr A sich von dem Ohrensausen mittel bis stark beeinträchtigt fühlt, daß es nicht pulsierend, sondern gleichbleibend und im linken Ohr stärker als im rechten zu hören ist. Der Tinnitus wechselt auch in der Intensität, und an wenigen Tagen im Jahr verschwindet er ganz; im übrigen geht seine Intensität dem Gesamtbefinden parallel - bei starker Nervosität wird auch der Tinnitus stärker. Die bisherige Therapie - angefangen von durchblutungsfördernden Medikamenten bis hin zur Neuraltherapie - hat Herrn A nicht geholfen. Herr A fühlt sich subjektiv durch seine Schwerhörigkeit nicht beeinträchtigt; der Ohrton stört ihn wesentlich mehr (bzgl. des audiometrischen Befundes siehe weiter oben S.99*).

Herr A legt dem ausgefüllten Fragebogen zur Anamnese neben der ohnehin geforderten Liste von Krankheiten und begleitenden Streßfaktoren noch eine dreiseitige stichwortartige Vorgeschichte bei, die mir zeigt, daß er bereits angefangen hat, sich aktiv mit seinem gegenwärtigen Zustand auseinanderzusetzen, wobei bemerkenswert ist, wie akribisch-korrekt er eine große Zahl von Befunden schriftlich festhält. Aus den genannten Unterlagen geht hervor,

daß Herr A verheiratet ist und keine Kinder hat. Er hat ein Studium absolviert und leistet im Beruf vorwiegend geistige Tätig - keit, wobei er viel alleine arbeitet und sich wenig bewegt. Dennoch hat Herr A nach seinen Angaben ausreichend Bewegung; er treibt ca. 12 Stunden in der Woche Sport. Seine sozialen Kontakte sind im übrigen gering, und er hält sich für wenig gesprächig. Herr A schätzt sich als ziemlich empfindlich ein, er fühlt sich in persönlicher Hinsicht unter Streß, wobei der Ohrton für ihn keinen Dauerstreß darstellt, obschon er ihn - mit Ausnahme einiger Tage im Jahr - permanent hört. Der Ohrton, den er dem Sirren von Mücken vergleicht, verschlimmert sich wahrnehmbar nach An - strengung, unter Streß und bei Gefühlserregung. An chronischen Krankheiten gibt Herr A seine Hypertonie an, die allerdings lediglich kontrollbedürftig ist. Am Beginn dieser objektivierten Blutdruckschwankungen stand eine hypertonische Krise vor einem Jahr, der eine starke berufliche Geräuschbelästigung, Ärger und Aufregung in der Firma sowie eine andauernde Frustration wegen einer vorenthaltenen Beförderung vorausgingen. In einer abschliessenden Diagnose seien diese plötzlich aufgetretenen Beschwerden damals als funktioneller Art charakterisiert worden; das ihm dann empfohlene Autogene Training hat Herr A ohne überzeugenden Erfolg absolviert.

Abgesehen von diesem labilen Hypertonus und dem Ohrensausen leidet Herr A zum gegenwärtigen Zeitpunkt auch noch an Schlafstörungen; er nimmt regelmäßig zwei bis drei Schlaftabletten pro Nacht- dies seit 22 Jahren. Er hat permanent Bandscheiben-Beschwerden, häufig Kopfschmerzen und Kopfdruck, gelegentlich leichte Sprachstörungen in Form von schlecht artikulierten Zischlauten, selten leichte Herzschmerzen, etwa zweimal im Monat asthmatische Atembeschwerden und nach späten Mahlzeiten Magenschmerzen und Sodbrennen.

Die Lektüre dieser Unterlagen bereitet mich auf einen Mann vor, der - neben dem Ohrensausen - an einer Fülle von Streßauswirkungen leidet und eben erst anfängt zu bemerken und wahrzuhaben, daß seine Art zu leben und seine Krankheiten zusammenhängen. Ich erwarte jemand, der es gewöhnt ist, persönliche Dinge zu unpersönlichen zu machen, sich und andere unter Druck zu setzen, sich zu überarbeiten und zu übernehmen, der mit Aggressionen - eigenen wie fremden - kaum zurechtkommt und der dennoch auf diese persönliche Weise bislang leben und überleben konnte.

In der ersten Sitzung schlage ich zunächst eine stille Minute vor. Als ich Herrn A anschließend frage, wie es für ihn gewesen sei, antwortet er, er sei die ganze Zeit über mit einem bestimmten Problem beschäftigt gewesen, aber es sei wohl jetzt nicht der richtige Zeitpunkt, um darüber zu reden. Ich meine, wir könnten uns dieses Problem durchaus jetzt ansehen. Herr A erzählt daraufhin eine schier endlos scheinende Geschichte, in der unter anderem der von ihm vorausgesehene Tod eines zu wagemutigen Bergsteigerfreundes eine Rolle spielt und in der er das betreffende Problem immer wieder ankündigt und hinausschiebt. Ich unterbreche irgendwann und mache Herrn A darauf aufmerksam, wie er durch immer neue Erklärungen und scheinbar notwendige Voraussetzungen nicht zur Sache kommt, und ich frage ihn, ob er auch sonst um den heißen Brei herumrede. Herr A bejaht, er kenne das von sich und fährt fort zu erzählen. Das Problem, mit dem Herr A beschäftigt war, waren seine Formulierungen in einem Brief an eine Bergkameradin gewesen, die ihm - ebenfalls in einem Brief - nach einer Probetour vorgeworfen hatte, bergsteigerisch inkompetent zu sein. Ich schlage Herrn A vor, sich die phantasierte Bergkameradin in den Stuhl gegenüber zu setzen, ihr zu sagen, was er ihr zu sagen habe und sie antworten zu lassen, indem er sich an ihre Stelle setze und sie spiele. Herr A

führt einen Dialog, der sich ausschließlich auf der Ebene sachlicher Argumentationen abspielt. Ich frage ihn, wie er sich denn bei der ganzen Sache fühle. Er meint erst, er fühle sich falsch beurteilt und fügt nach einer weiteren Frage nach seinen Gefühlen hinzu, er fühle einen Druck auf der Brust, Beklemmung in der Brust - gegend, einen leichten Schmerz in der Herzgegend.Herr A weiß auf meine Fragen nach seinen Gefühlen nur diese Antworten, und so will ich wissen, welche Gefühle er denn kenne. Er zählt eine Reihe von Gefühlen auf, in der zwei Gefühle fehlen, die nach meiner Auffassung in der vorhergehenden Problemgeschichte eine Rolle spielen: Wut und Trauer - Trauer über den in den Bergen tödlich verunglückten Freund und Wut über den Vorwurf der Unfähigkeit seitens der Bergkameradin. Ich teile Herrn A mit, was mir da aufgefallen ist und frage ihn, wie er ärgerlich sei und was er Ärgerliches sagen würde. Von daher kommen wir wieder auf den Druck in der Brust zu sprechen. Ich fordere Herrn A auf, er solle die Augen schließen, diese Stelle spüren und dorthin atmen; nach einer Weile sage ich ihm, er solle versuchen, das, was er da spüre, beim Ausatmen erst in einem Ton, dann in einem Wort und schließlich in einem Satz zum Ausdruck zu bringen. Herr A äußert das Wort "frei"; der Satz dazu lautet: "Ich will frei sein". Ich sage, das sei, was er für die Zukunft wolle und will hören, was in bezug darauf in der Gegenwart der Fall sei. Herr A antwortet: "Ich fühle mich unter Druck". Wir reden ein paar Minuten darüber, und ich trage Herrn A auf, diese beiden Sätze im Sinn zu behalten. Dann wenden wir uns der Entspannungsübung zu, bei der sich Herr A sichtlich entspannt - am Ende fühlt er sich "zum Einschlafen", sein Gesicht wirkt offen, die Augen sind klar und feucht, der Kontakt mit ihm kommt mir einfacher und unumwunden vor. Herr A spürt den Druck auf der Brust nicht mehr und sagt mir zum Abschied: "Ich bin zuversichtlich."

Ich bin am Ende dieser ersten Sitzung zufrieden und finde, schon ein Stück weit bei Herrn A angekommen zu sein, was mir gerade im Hinblick auf die Kürze unseres Programms in den ersten Sitzungen sehr wichtig ist. Dabei ist mir freilich klar, daß sehr viel davon abhängt, wie weit sich der Patient mir öffnet und eröffnet, wie weit er bereit ist, sich auf sich - und auf mich - einzulassen, und auch davon, wie es um meine eigene Offenheit steht.

Herr A bringt mir in die zweite Sitzung den Brief mit, den er an seine Bergkameradin geschrieben hat und will meine Meinung dazu hören; auch den Brief der Bergfreundin zeigt er mir. Ich möchte erst am Ende der Sitzung darauf zu sprechen kommen und frage ihn zunächst, wie es ihm in der Zwischenzeit ergangen sei. Er hat die Entspannungsübung regelmäßig gemacht und findet sie so wirksam, daß er dabei immer gähnen muß und einschlafen könnte. Die beiden Sätze vom letzten Mal hat er vergessen; er hat sich damit beschäftigt, wie er mit den Gefühlen der Trauer und der Wut umgeht. Er erzählt, er habe bei dem Tod des Freundes schon auch Trauer empfunden, ein Gefühl des Bedauerns. Was die Wut anbelange, so sei er doch manchmal sehr cholerisch, oft wegen der geringsten Kleinigkeiten, und vor allem vertrage er keinen "unqualifizierten Widerspruch". Es passiere ihm immer wieder, daß er sich auf dem Weg ins Büro vorstelle, mit Kollegen in Streit zu kommen. Herr A kommt noch einmal auf das Bergsteigen zu sprechen. Die Kritik seiner Kameradin sei eben unqualifiziert gewesen. Ich frage ihn, wie er denn bergsteige, und er erzählt, er sei in den letzten Jahren sehr viel in den Bergen, sommers klettere er, auch schwierige Touren, im Winter mache er Skitouren und alpines Skifahren; es sei sein Hobby. Er versuche, so viele Gipfel wie möglich zu machen und dokumentiere jede Bergtour sehr genau und detailliert mit Photos, Zeitangaben, Tourenbeschreibungen usw. Das Bergfüh-

ren mache ihm Spaß, nur müsse es da auch korrekt zugehen. Während Herr A erzählt, unterstreicht er seine Worte immer wieder mit hämmernden Bewegungen des rechten Unterarms und der rechten Faust. Ich fordere ihn irgendwann auf, einmal nur diese Bewegung zu machen und dabei nicht zu reden, sondern nur hinzuspüren. Ich will wissen, was für ihn in dieser Geste stecke. Er meint,das könnte Härte sein, Entschlossenheit, Leistung und Tatkraft. Ich frage Herrn A, was er mit seiner weichen Seite anfange, wo die Weichheit bleibe, das Loslassen, wann er zur Ruhe komme. Meine Fragen scheinen ihn zu treffen. Er komme eigentlich nicht zur Ruhe, und Weichheit und Härte stünden bei ihm im Verhältnis von eins zu zehn. Wir reden eine Weile darüber, und Herrn A wird klar, wie er sein Leistungsstreben aus dem Berufsalltag mit in die Freizeit nimmt und auch da versucht, "alles auf die Spitze zu treiben"; gemütliche Bergwanderungen macht er nur selten. Ich schlage Herrn A vor, in der Phantasie eine entspannende und erholsame Bergwanderung zu machen, die dem Zur-Ruhe-Kommen dienen soll. Er geht auf meinen Vorschlag ein und berichtet, was er sich im einzelnen vorstellt; er fühlt sich sehr wohl bei seiner imaginierten Wanderung. Für die Durchführung der zweiten Übung bleibt nicht mehr viel Zeit, und ich gehe mit Herrn A nur die wesentlichen Teile durch. Am Ende der Sitzung komme ich noch einmal auf seine mitgebrachten Briefe zurück. Ich beschließe, nur auf die äußere Form der Briefe einzugehen und nicht auf deren Inhalt. Ich halte Herrn A beide Briefe hin und frage ihn, worin sie sich unterscheiden. Sein Brief ist dreiseitig, engbeschrieben, in Großbuchstaben computergedruckt, der seiner Kameradin umfaßt etwa dreißig handgeschriebene Zeilen. Herr A meint, sein Brief sei wohl eine Epistel, aber er habe das doch nicht auf sich beruhen lassen können und seine sachliche Argumentation, die so und so gewesen sei, vorbringen wollen. Ich frage

ihn, wie er reagieren würde, wenn er diesen Brief bekäme. Er meint, er würde sich die Argumente überlegen und dann unter Umständen seine Meinung ändern. Ich will nun nicht mehr auf der sachlichen Ebene bleiben, sondern den Gefühlsaspekt angehen: "Was wollen Sie ihr mit dieser'Epistel' eigentlich sagen?" Nach einer Weile kommt Herr A darauf, daß seine eigentliche Botschaft lautet: "Ich fühle mich verletzt". Damit ist die zweite Sitzung zu Ende, und Herr A schreibt sich noch ein paar Kernsätze auf, mit der Bemerkung, er habe ein so schlechtes Speichergedächtnis.

Ich meine, bei Herrn A vor allem anderen immer wieder die Gefühle und den Umgang mit ihnen betonen und ihn in seiner Tendenz zur Versachlichung immer wieder frustrieren bzw. ihn darauf aufmerksam machen zu müssen. Weitere Grundthemen, die sich herauskristallisieren, sind: Weichheit vs. Härte, Leistung vs. Muße, Dinge auf die Spitze treiben vs. Zur Ruhe kommen.

In die dritte Sitzung bringt mir Herr A einen Artikel über Alpinismus als Herzinfarkt-Prophylaxe mit und will wissen, was ich davon halte. Er berichtet, er habe sich mit der Frage auseinandergesetzt, wann er zur Ruhe komme; eigentlich habe er damit schon angefangen, und zwar nach seiner hypertonischen Krise; da sei er zwei Monate von der Arbeit weggeblieben und habe sich anschließend auch nicht mehr so sehr engagiert. Ich lasse Herrn A erzählen und höre zu; dabei fällt mir wieder auf, wie weit er ausholt, um bestimmte Dinge zu sagen; ich hingegen fange bei den vielen Umschweifen an, mich zu langweilen oder nicht mehr zu verstehen oder hinzuhören. Als ich ihm mitteile, welche Reaktion ich bei mir selbst beobachte, ist er sehr erstaunt und meint, er wolle eigentlich nur, daß ich ihn nicht mißverstehe. Bei dem, was er erzählt, geht es um seine Arbeit im Betrieb, sein Leistungsstreben. Er fragt sich, wie es wohl dazu gekommen sei, daß er ständig so viel leisten muß

bzw. will. Als Kind sei er eher faul gewesen, aber mit 15 Jahren habe er plötzlich angefangen, mit Spaß Chemie zu lernen. Später habe ihm das Lernen letztlich sein Leben gerettet, denn er habe es seinen guten Noten zu verdanken gehabt, daß er von einem U-Boot-Einsatz im Osten nach Westen versetzt worden sei. Im Studium sei er dann wieder eher ein schlechter Student gewesen, eigentlich habe sein Leistungsstreben also erst im Beruf so richtig angefangen; aber er sei eben ein Perfektionist. Jetzt wisse er aber, daß es mit dem "Auf die Spitze treiben" nicht so weitergehe, er wisse nur noch nicht, wie er das machen solle. Er habe auch darüber nachgedacht, wie er mit seiner weichen Seite umgehe; er wolle von ihr nicht so viel wissen und schneide dieser Seite in ihm "immer sofort das Wort ab", mache sie "mundtot". Ich freue mich darüber, wie Herr A sich mit sich selber auseinandersetzt und frage ihn noch, wie es ihm mit der zweiten Übung ergangen sei und ob sich der Ohrton irgendwie verändert habe. Er erklärt, der Ohrton habe sich nicht verändert; er habe die Übung gemacht; erst habe er den vorgeschlagenen Dialog mit dem Ohrton für Unsinn gehalten, dann habe er es aber doch ausprobiert und sei dabei auf zwei wichtige Botschaften gestoßen, die er in den Worten "Mahnung" und "Hoffnung" zusammenfasse. Einerseits sehe er nämlich immer deutlicher - und befasse sich auch damit - wie alles gewesen und gekommen sei, und zum anderen werde ihm klar, daß jetzt etwas anderes zum Zuge kommen müsse. Im Anschluß an diese überraschenden Mitteilungen lade ich Herrn A zur dritten Übung ein, zu deren Durchführung ich ihm ein etwa zehn Minuten dauerndes Musikstück als akustische Kulisse vorspiele. Auf die spätere Frage, wie er sich gefühlt habe, während die Musik gelaufen sei, sagt er, er habe teilweise wieder seine Brust sehr stark gespürt. Ich trage ihm daher am Ende der Stunde auf, während der nächsten Tage immer wieder seine Brust zu spüren und darauf zu achten, welche Gefühle

mit dem verbunden seien, was er da spüre.

Bei dieser dritten Begegnung hat Herr A die meiste Zeit von sich aus und selbständig darüber gesprochen, was er bei sich wahrgenommen und erkannt hat. Er hat offenbar die Anregung, sich mit sich zu beschäftigen, aufgenommen und ist dabei, sein jetziges und sein früheres Leben auf seine Weise zu erkunden; gerade da scheint es mir aber darauf anzukommen, ihm mehr und mehr zum Erleben seiner Gefühle zu verhelfen.

In der vierten Sitzung gibt mir Herr A seinen Lebenslauf über seinen Werdegang und verschiedene exakt geordnete Angaben und Reflexionen zum Leben seiner Eltern, Geschwister sowie seiner Ehefrau, die er im Zuge seines Nachdenkens über sich selbst zusammengestellt hat. Es beschäftigt ihn die Frage, warum sein Bruder anders sei als er, vor allem, warum der Bruder so viel ruhiger sei. Er selbst sei doch sehr cholerisch, meint er und erzählt zur Veranschaulichung eine kurze Episode aus der jüngsten Zeit, bei der er seiner Frau gegenüber aufgebraust sei und ihr heftige Vorwürfe gemacht habe, obschon letztlich er selbst an dem Vorfall schuld gewesen sei. Ich frage ihn, was ihn denn so aufbringe, und er erwidert: "Wenn etwas nicht nach meinem Kopf geht". Wir reden eine Weile darüber, und Herr A bringt auch Beispiele aus dem beruflichen Alltag, wobei er immer wieder auf sachliche Probleme ausweicht. Insgesamt wirkt sein Reden auf mich sehr diffus, und ich finde kaum einen Ansatzpunkt, um dieses "Zerreden" zu unterbrechen, das mir als äußerst wirksame Gefühlsabwehr erscheint. Später frage ich ihn danach, welche Erfahrungen er mit der dritten Übung gemacht habe. Er berichtet, er habe sich beim Gespräch als Geräuschkulisse nicht vom Inhalt des Gesagten abwenden und seinem Erleben zuwenden können; beim Anhören von Musik habe er viele positive Gefühle empfunden, und er habe entdeckt, daß schrille Töne ihm Schmerzen verursach-

ten. Er fährt fort, die Entspannungsübung tue ihm nach wie vor besonders wohl, er schlafe immer fast ein; auch die Dialogübung mache er noch. Neulich sei bei einer Bergwanderung der Ohrton fast unhörbar gewesen, auch sonst sei er schwächer; außerdem werde sein Schlaf zusehends besser,und er spüre neue Kräfte. Die Sitzung endet schließlich damit, daß ich Herrn A die vierte Übung erläutere. Leider bleibt keine Zeit mehr zu ihrer Durchführung, so daß er sie zu Hause alleine machen muß.

Das Thema dieser Sitzung war vor allem die cholerische Reaktionsweise von Herrn A, also auch sein Umgang mit Aggression. Ich habe hinterher das Gefühl, nicht sehr weit gekommen zu sein bzw. fühle mich selber irgendwie diffus, meine, an starre Grenzen zu stoßen. Andererseits freue ich mich auch wieder daran, wie Herr A das ganze Programm für sich nutzt. Aus Herrn A's Angaben über seine Familienangehörigen entnehme ich, daß die Ehe seiner Eltern aufgrund häufiger Streitigkeiten und Seitensprünge auf beiden Seiten nach etwa fünfzehn Jahren - Herr A war damals 12 Jahre alt - geschieden wurde; beide Eltern heirateten erneut, der Sohn blieb beim Vater. Herrn A's abschließendes Fazit lautet: "Es haben zwei Menschen geheiratet, die besser nicht geheiratet hätten." Auch diese Aussage macht für mich - wie die persönliche Geschichte - die tiefe Gefühlsunsicherheit deutlich, die ich bei Herrn A wahrnehme.

Herr A bringt auch in die <u>fünfte Sitzung</u> schriftliche Notizen mit, diesmal unter der Überschrift"Positive und negative Schlüsselerlebnisse".Er erwähnt dazu, er setze sich sehr intensiv mit seiner Vergangenheit auseinander und rede auch mit seiner Frau viel darüber. Ich frage ihn, welches der negativen Schlüsselerlebnisse ihm jetzt am meisten in Erinnerung sei. Er erzählt mir die Geschichte, wie er als Fünfjähriger von der Mutter als Alibi mitge-

nommen worden sei, als diese ihren Freund besuchen wollte. Das sei ja noch ganz schön gewesen, denn da habe er immer mit Schallplatten spielen dürfen und das habe ihn fasziniert; aber schlimm sei es dann zu Hause gewesen: die einen - die Partei des Vaters - hätten versucht, ihn auszuhorchen; die Mutter habe ihm gedroht, ihn zu schlagen, falls er die Wahrheit sagen würde. Herr A erzählt voller Betroffenheit und innerer Bewegung. Ich schlage ihm vor, sich zurückzuversetzen; ich frage ihn, wie er als Fünfjähriger sei, wie er sich fühle, so hin- und hergerissen. Er antwortet, er fühle sich ängstlich. Wo er die Angst spüre, will ich wissen. Er deutet auf die Brust. Der Bereich der oberen Brust steht immer wieder im Vordergrund, der Druck auf der Brust taucht im Verein mit Angst, Unsicherheit und anderen Gefühlen immer wieder auf. Ich fordere Herrn A auf, seine Aufmerksamkeit ganz auf das zu lenken, was er in der Brust spürt, und betont auszuatmen. Mit seiner Erlaubnis lege ich dann eine Hand flach auf seine Brust und drücke bei Ausatmung leicht. Herr A soll nun mit der Ausatmung einen Laut verbinden und später dann Wörter und Sätze sagen, die ihm spontan einfallen. Mit geschlossenen Augen atmet Herr A auf diese Weise eine Weile. Mit der Zeit kommen dann einzelne Wörter und Sätze, wie "ich hab Angst", "aua!", "es tut mir weh", "Mutti, sei lieb zu mir!" Dieser letzte Satz scheint mir ein Generalthema zu sein angesichts einer Mutter, die ihr Kind als Alibi benützt, es bedroht und schlägt, d.h. der das Kind seinerseits Angst und Unsicherheit entgegenbringt. Herr A hat sich in dieser Situation einem Erleben geöffnet, das keineswegs längstvergangen, sondern hochaktuell ist und zum Beispiel Frauen gegenüber ständig eine Rolle spielt.

Als wir später über das reden, was in Herrn A vor sich gegangen ist, welche Bilder und Erinnerungen ihm kamen usw., erzählt er, er habe sich weniger seine Mutter vorgestellt als vielmehr - wie

ich sie hier nennen will - Carola, seine neueste Bergkameradin, die ihm sehr nahestehe. Nach langen Vorreden, die ich immer wieder mit der Frage "Was wollen Sie mir eigentlich sagen?" fru - striere, sagt Herr A, Carola sei in sein Leben getreten, eine "einfache" und unkomplizierte Frau, die ihn offenbar fordert und in die er sich verliebt hat. Herr A lächelt und lacht, während er ungewohnt schwungvoll und begeistert erzählt. Er wünscht offenbar auch eine sexuelle Beziehung zu seiner Freundin, denn, wie er meint, mit seiner Frau sei er schon lange unzufrieden, er fühle sich da nicht so zu ihr hingezogen, habe eher geschwisterliche Gefühle ihr gegenüber. Ich frage Herrn A, was denn in dieser Hinsicht fehle und was er wohl dazu tun könne, daß sich etwas verändere. In seiner Antwort wirkt Herr A ganz resigniert und schwenkt bald wieder zu seiner neuen Freundin, von der er schwärmend erzählt. Allerdings will er durch diese Beziehung zu einer anderen Frau keine Probleme schaffen.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs kommen wir auf die Wut zu sprechen. Mir fällt auf, daß Herr A immer wieder und immer dann, wenn es um Aggressionen im weitesten Sinne geht, den Unterkiefer verschiebt und die Zähne zusammenbeißt. Ich sage ihm, er solle in den folgenden Minuten darauf achten und frage ihn dann, was er sich damit verbeiße. Wütende Äußerungen, finden wir schließlich heraus, und Herr A ist ganz verblüfft über diesen Zusammenhang zwischen Gefühl und Mimik, den er bisher bei sich noch nicht kannte, und er will mehr darüber wissen. Ich meine, der unmittelbarste Zugang sei, selber zu spüren, wie leibhaft Gefühle seien und trage ihm auf, in den nächsten Tagen besonders darauf zu achten, wie er mit seiner Wut umgehe, was er mit seinem Unterkiefer mache, was in seiner Brust vor sich gehe, wenn er wütend sei usw. Da er auch noch darüber nachlesen will, empfehle ich ihm das Buch

Depression (38).

Bei der anschließenden Besprechung der fünften Übung (Sich Bewegen) kommen wir auch auf die vierte (Tönen) zu sprechen, und Herr A meint, mit dieser Übung komme er nicht so gut zurecht, die erste (Entspannen) sei für ihn die beste. Am Schluß der Sitzung zeigt mir Herr A noch seine - selber gemessenen - Blutdruckwerte, die nach seinen Angaben seit Beginn unseres Programms deutlich abgesunken seien und sich auch etwas stabilisiert hätten. Ich schlage Herrn A noch vor, er solle einmal versuchen, von innen her zu erspüren, wann er unter Druck stehe und wie sehr.

Mir scheint nach dieser Sitzung, als sei Herr A mehr und mehr bereit, seine Gefühlswelt zu betreten oder zumindest, bei all den Widerständen und Ängsten, die er begreiflicherweise hat, einen Blick in sie zu tun. Damit bin ich schon sehr zufrieden, denn meine Funktion kann bei der Kürze des Programms nur darin bestehen, punktuell Probleme zu bearbeiten und im übrigen Anstöße zu geben, Weichen zu stellen, neue Möglichkeiten aufzuzeigen, neue Wege zu initiieren.

Die sechste Sitzung beginnt damit, daß ich Herrn A nach dem Üben frage. Er berichtet, er mache die Übungen nach wie vor, am Ohrton selbst nehme er aber kaum Veränderungen wahr; in vielen anderen Hinsichten geschehe jedoch eine Menge, und es habe sich für ihn schon gelohnt, an dem Programm teilzunehmen. Im Folgenden sprechen wir über Körperwahrnehmung, über "ich" und "man", über Humor bzw. Humorlosigkeit, Ungezwungenheit und Zwanghaftigkeit - dies alles jedoch nicht abstrakt-theoretisch, sondern eingebunden in aktuelle körperliche Wahrnehmungen, sprachliche Ausdrucksweisen, aufkommende Probleme und Fragen, die Herrn A seit der letzten Sitzung beschäftigen: dabei fordere ich Herrn A immer wieder auf, sich seiner Gefühle zu vergewissern, schlage ihm

verschiedene Experimente vor, durch die er sich ein Stück mehr kennenlernen und persönliche Antworten auf seine Fragen finden kann und lasse ihn Dialoge nach Art der Gestalttherapie führen. Als er zum Beispiel davon spricht, wie sehr ihm seine Humorlosigkeit auffalle, frage ich ihn, wie er sich einen Menschen vorstelle, der Humor hat. Er stellt ihn sich als jemanden vor, der ungezwungen ist, und das sei er nicht. Auf meine Frage, wie er sich zwinge, meint er, er stünde unter Druck. Ich will wissen, wie er das körperlich zustandebringe, wie er das mache, unter Druck zu geraten. Er mimt daraufhin etwas, was er als Kommandohaltung bezeichnet und erarbeitet dann mit meiner Hilfe die Gefühle und Einstellungen, die mit einer solchen Haltung verbunden sind. Ich trage ihm auf, in der kommenden Woche immer wieder darauf zu achten, wie er sich zwingt. Anschließend besprechen wir ausführlich die sechste Übung (Beziehungen klären / Reden und Zuhören), wobei zu deren Durchführung keine Zeit mehr bleibt.

Als ich mir später noch einmal den Verlauf der Sitzung vergegenwärtige, erinnere ich mich vor allem an zwei Dinge, die mir bei Herrn A immer deutlicher erscheinen: das eine ist der Bereich des Sprechens, in dessen Stockungen und Schüben sich mir viel Unsicherheit zeigt, und die Unklarheit und Uneindeutigkeit, das Drum-Herum-Reden in der verbalen Darstellungsweise. Ich nehme mir vor, diese Punkte immer wieder einmal anzusprechen. Noch eindrücklicher ist mir aber die Unruhe des Blicks, die mit vielen Kopfbewegungen einhergeht und einen längerdauernden Blickkontakt unmöglich macht; auch dies will ich bei Gelegenheit noch vorbringen.

Herr A kommt in die siebte Sitzung, die die letzte vor der dreiwöchigen Pause ist und in der die Reihe der Übungen vollständig wird, mit einem Geschenk und bedankt sich für meine Hilfe. Er hat sich ausführlich mit der sechsten Übung beschäftigt und stellt

einige Fragen, wobei ich immer wieder auf Eindeutigkeit dringe. Bei dem Teil der Übung, die dazu anregt, sich damit zu beschäftigen, wem man etwas zu verzeihen habe, stockte er offenbar. Er will von mir wissen, ob es "gut" sei, daß er seiner Stiefmutter nicht verzeihen wolle. Ich gebe kein Urteil ab, sondern frage vielmehr, ob es denn so sei, wie er sage. Er bejaht, und ich sage daraufhin: "Sie wollen ihr nicht verzeihen. Können Sie sich darin annehmen und dazu stehen, daß das so ist?" Er meint daraufhin, einerseits stünde er dazu, andererseits fände er das doch auch sehr hart und frage sich, ob er das nicht auch mal korrigieren solle. Ich antworte ihm daraufhin, mit einer bloßen Korrektur sei nichts gewonnen, solange ihm die innere Bereitschaft dazu fehle, und die könne er nicht einfach machen, die könne allenfalls in der Auseinandersetzung mit den unerledigten Problemen wachsen. Durch meine Antwort komme ich auf das Thema dieser Stunde zu sprechen. Als ich vom Geschehenlassen und vom Tun rede, sieht Herr A Zusammenhänge mit seinen Problemen und erzählt, wie er sich gerade mit seiner Neigung zu Extremen herumschlage. Einerseits lege er zum Beispiel großen Wert auf Gerechtigkeit, andererseits könne er im Jähzorn völlig ungerecht sein; einerseits könne er sehr faul sein und andererseits sei er arbeitswütig und leistungsbesessen und könne nicht genug kriegen an extremen Klettertouren und Gipfelbesteigungen. Dies alles werde ihm allmählich immer bewußter, und er spüre auch sich selber schon viel mehr. Die Entspannungsübung klappe mittlerweile so vorzüglich, daß er nur daran zu denken brauche, dann gähne er schon. Außerdem frage er sich jetzt immer wieder: "Habe ich das verdient? Womit habe ich das verdient, daß meine Kindheit so war, wie sie war? Was ist der Sinn von all dem?" Ich gebe Herrn A diese Fragen zurück und frage ihn nach dem Sinn, den sein bisheriger Weg für ihn habe. Herr A spricht dann über das,

was er erkannt hat, unter anderem über die Moral, die in seiner Kindheit herrschte und die nur gut und böse, schwarz oder weiß kannte; schließlich möchte er auch über sein Verhältnis zur Religion und zu Gott reden. Er sei am Suchen, meint er, sei aus der Kirche ausgetreten, seine Frau sei gläubig, aber er könne noch nicht so recht den Zugang zu ihrer Konfession finden. Er denke, wenn sich die Menschen nur an die zehn Gebote hielten, würde das schon ausreichen; aber bezüglich des Ehebruchs möchte er doch eine Einschränkung machen; das sei doch unter Umständen zu hart, wenn man da verzichte, da müsse man doch ein Heiliger sein. Ich höre Herrn A weitgehend nur zu und beende die Sitzung mit einer kurzen Zusammenfassung dessen, was in den vergangenen Sitzungen geschehen ist und welche Probleme und Themen dabei im Vordergrund standen; ich verabschiede Herrn A mit der Aufforderung, die dreiwöchige Pause zum Üben der ganzen Übungssequenz und zum Überdenken und Verdauen des bisher Erlebten zu nutzen.

Herr A hat in meiner Begleitung während der ersten sieben Sitzungen eine Art tour d'horizon gemacht, bei der viele Bereiche seines Lebens, Erlebens und Denkens besprochen und ihm auf neue Weise zugänglich wurden. Wir haben uns dabei nicht an ein stur abzuwickelndes Programm gehalten, sondern immer an dem roten Faden entlangbewegt, den man das Geschehen im Hier und Jetzt, das aktuell im Vordergrund stehende innere Thema nennen könnte. Herr A hat dabei ein wenn auch vielleicht nur minimales Rüstzeug an die Hand bekommen und akzeptiert, mit dessen Hilfe er angefangen hat, sich selbst und sein Leben unter einem neuen Blickwinkel kennenzulernen und neue Weisen des Umgangs mit sich selbst auszuprobieren. So war auch nicht der Ohrton das konstante Thema, sondern der ganze persönliche Lebenszusammenhang - der ganze Mensch -, in den er eingebettet ist und in dem er leidvoll erfahren wird.

Indem Herr A an sich selbst arbeitet, und zwar auf seine individuelle, meine Anregungen durchaus selektiv akzeptierende Weise, schafft er sich neue Grundlagen für das Erleben des Ohrtons.

Herr A kommt gut gelaunt und erfrischt aussehend in die achte Sitzung. Er erzählt, es gehe ihm rundum sehr gut; er nehme seit zwei Wochen überhaupt keine Schlafmittel mehr und auch das übrige Befinden habe sich sehr gebessert. Er übergibt mir dazu eine erneute mehrseitige schriftliche Aufzeichnung seines Lebenslaufs, seiner Angaben zu seinen Angehörigen, seiner Schlüsselerlebnisse - ergänzt um einige positive, die ihm in der Zwischenzeit eingefallen sind - ,seiner Krankheitsvorgeschichte und seines derzeitigen Zustands. Aus dieser letzteren Zusammenfassung geht hervor, daß sich auch alle anderen Symptome, über die Herr A zu Beginn der Therapie geklagt hatte - Kopfschmerzen, Herzschmerzen, Magenschmerzen, Geräuschüberempfindlichkeit und starke Erregbarkeit - gebessert haben. Nur der Ohrton sei nicht weggegangen, meint Herr A, aber er sei nicht mehr intensiv und werde auch nicht mehr lauter, wenn er erregt sei, und außerdem mache er ihm kaum mehr etwas aus. Auch sonst habe sich einiges getan, er fange jetzt an, Gitarre zu spielen,und möchte auch Tennis spielen. Herr A erzählt weiter, seine Beziehung zu seiner Freundin Carola habe viel zu seinem gegenwärtigen Zustand beigetragen; sie sei verständnis- und gefühlvoll, aber manchmal sei sie ihm doch zu impulsiv. Als er fortfährt, über seine Freundin und ihre Impulsivität zu reden und meint, sie sollte vielleicht auch einmal zu solchen Gesprächen kommen, unterbreche ich ihn und frage ihn, wie es denn um ihn selbst stünde. Er antwortet, er sei halt immer noch sehr aufbrausend und wegen der geringsten Kleinigkeit wütend und beleidigt, und er erzählt ein paar Begebenheiten, nicht ohne anzufügen, er könne da immerhin schon manchmal über sich lachen.

Auch mit dem Lachen sei das so eine Sache; er versuche auch, dazu zu lernen und zum Beispiel mal einen Witz zu erzählen. Ich fordere ihn auf, mir mal einen Witz zu erzählen und dabei darauf zu achten, wie er sich fühle. Er tut es, und es fällt ihm schwer. Er meint, seine Freundin wünsche sich von ihm, er solle etwas fröhlicher werden. Er wisse das ja alles, aber es falle ihm schwer, es zu verwirklichen. Aus seinen weiteren Äußerungen scheint mir deutlich hervorzugehen, daß er versuchen möchte, dies irgendwie programmatisch herbeizuführen, und ich frage ihn: "Wie kann sich etwas ändern, wenn Sie alles im Griff haben wollen?" Wir kommen auf seine zwanghafte Kontrollhaltung zu sprechen, und ich weise ihn zum Beispiel darauf hin, daß dazu auch seine Gewohnheit gehört, das, was er mir sagen will, auf Notizzetteln aufzuschreiben. Ich frage ihn, was da noch von selbst geschehen könnte. Herr A meint, wenn er das nicht täte, befürchte er immer, an einen toten Punkt zu kommen. Ich schlage ihm vor, diesen toten Punkt zu spielen. Herr A geht auf meinen Vorschlag ein und stellt sich dar, als befinde er sich in einer völlig abgedichteten, verschlossenen Kugel, ohne Kontakt zur Außenwelt. Wie er sich da fühle, will ich wissen. Er fühlt sich isoliert, einsam, hilflos, leer und traurig und sagt, meist brauche er in genau diesen Momenten seine Frau oder seine Freundin, um darüber hinwegzukommen; er überspiele den toten Punkt meistens, denn da würden Gefühle wach und Gefühle seien für ihn wie eine fremde Sprache, aber eine ganz und gar fremde, wie Chinesisch. Herr A findet, er habe da noch viel zu lernen, und ich stimme ihm zu. Wir reden kurz über weitere Möglichkeiten, nach Abschluß dieses Programms auf dem eingeschlagenen Weg weiterzugehen. Am Schluß der Sitzung will Herr A nochmal über seine Frau und über seine Freundin sprechen; da ich schon ahne, daß er erst auf Umwegen zu dem gelangen wird, was er eigentlich sagen will, gebe

ich ihm fünf Minuten Zeit und fordere ihn auf, mir nur das Wesentliche zu sagen. Er kommt nicht dazu, und so beende ich die Sitzung nach Ablauf der fünf Minuten; ich trage ihm noch auf, sich in den nächsten Tagen immer wieder zu fragen: Wie gehe ich mit meinem toten Punkt um?

Ich freue mich am Ende dieser Sitzung sehr über das neugewonnene Wohlbefinden von Herrn A; und ich freue mich, daß er bereit war, noch ein Stück mehr mit sich selbst vertraut zu werden und sich auf seinen toten Punkt einzulassen, mit dem er nach meinem Eindruck eine entscheidende existenzielle Ebene berührt hat. Er hat sich offenbar im Lauf der Zeit eine Basis geschaffen, auf der er sich solchen erschütternden Einsichten aussetzen kann.

Zu Beginn der neunten Sitzung erzählt Herr A, er habe sich ausführlich damit auseinandergesetzt, wie er mit seinem toten Punkt umgehe; meistens lenke er sich irgendwie ab, rede, tue etwas; am toten Punkt selbst fühle er sich verloren und ohne Halt, wie in einer Kugel, in der keine Haltegriffe seien. Auch das Aufschreiben sei ja ein Versuch, dem toten Punkt vorzubeugen. An dieser Stelle bitte ich ihn, den Merkzettel wegzulegen und das Experiment zu machen, wie die Dinge sich ohne ihn entwickeln. Herr A kommt auf seinen "Merkzettel- und Abhakzwang" zu sprechen; er schreibe sich ja sehr vieles auf, sein "Präsentgedächtnis" sei eben nicht gut, und man mache das ja, um zu verhindern, daß man sich ärgere oder etwas vergesse. Das Abhaken sei allerdings ein Zwang, das merke auch seine Frau; es sei so ähnlich wie das Gipfelzählen beim Bergsteigen; es komme dann immer gleich der nächste Merkpunkt, und die Zufriedenheit beim Abhaken dauere nie recht lange. Ich frage Herrn A, was eigentlich einem Mann fehle, der einen solchen Zwang nötig habe, der sich so zwinge; wozu dies eigentlich gut sei und diene. Er meint erst, es fehle ihm

an Selbstbewußtsein, an Sicherheit. Wir reden über die Sicherheit, und ich frage, was dieser fehlenden Sicherheit wohl zugrundeliege. Nach einer Weile stößt Herr A auf die Angst als der Wurzel der mangelnden Sicherheit. Sein Sicherheitsbedürfnis ist äußerst groß und dient nach meiner Auffassung der Bewältigung der Angst. Was also fehle ihm, will ich wissen. Herr A kommt schließlich darauf, daß ihm Geborgenheit und Vertrauen fehlen. Ich finde, wir seien da auf den Kern gestoßen und erinnere Herrn A an seine frühe Kindheit, die Beziehung zur Mutter, zur Stiefmutter. Im weiteren Verlauf des Gesprächs erkennt Herr A immer deutlicher, daß er Ver - trauen nicht kennt, nicht hat, nicht weiß, was das ist. Das ist schmerzlich für ihn. Er meint, er glaube seiner Frau, daß sie alles für ihn tun würde; sie sei sein zweites Bein, und deshalb habe er auch Angst, sie könnte vor ihm sterben. Gegen Ende der Sitzung trage ich Herrn A noch auf, er solle bis zum nächsten Mal die beiden Themen Angst und Vertrauen im Sinn behalten und darauf achten, wann er Angst empfinde und wann Vertrauen und wie sich diese Gefühle voneinander unterschieden.

Ich glaube am Ende dieser Sitzung, daß Herr A in gewisser Weise einen Kernpunkt seiner Problematik erreicht hat und damit auch an die Grenzen dessen gelangt ist, was im Rahmen unseres Programms möglich ist. Er scheint Erkenntnisse gewonnen und Erfahrungen gemacht zu haben, die ihm helfen können, sein Leben weniger spannungsgeladen und streßbelastet zu gestalten.

In die letzte Sitzung kommt Herr A voller innerer Unruhe. Seine Freundin "bringt" ihn "völlig aus dem Häuschen". Ihre impulsive, gefühlsbetonte Art, meint er, stünde ganz im Gegensatz zu ihm und ihm sei das zu viel; er fühle sich provoziert und überlege sich, ob er die Beziehung nicht doch wieder abbrechen solle.

Soviel innere Beunruhigung vertrage er nicht, andererseits mache es ihm Spaß, mit ihr Sport zu treiben, und sie sei ja auch sehr anhänglich. Er würde sich wünschen, daß sich in seiner Ehe etwas ändern würde. Ich frage ihn daraufhin, ob er sich das denn vorstellen könne und was er dazu beitragen könne. Er bejaht und fügt hinzu, da müßten dann beide Partner bewußter ihre Lage sehen und daran arbeiten. An dieser Stelle weise ich Herrn A darauf hin, welche weiteren therapeutischen Möglichkeiten es gibt und erzähle ihm von Ehepaartherapien und Kommunikationstraining usw. Anschliessend frage ich ihn, wie er sich in bezug auf den Ohrton die Zukunft vorstelle. Er meint, er glaube, auch in Zukunft damit zurechtzu - kommen und wolle auch die Übungen weiterhin machen. Dann will er hören, was ich meine, wie die Bergkameradin wohl reagiert habe, der er damals jene "Epistel" geschrieben hat. Ich antworte ihm, ich wolle mir darüber keine Gedanken machen, mir sei damals daran gelegen, ihm seinen Brief gewissermaßen als Spiegel seiner selbst wieder zurückzugeben. Er erzählt daraufhin enttäuscht, sie habe ihm den Brief kommentarlos zurückgeschickt und habe wohl seine Argumente nicht verstanden. Seine Reaktion zeigt mir noch einmal, daß die Arbeit dieser zehn Sitzungen - bei allem, was geschehen ist - natürlich nur ein erster Schritt war, der über die unbe - zweifelbare Erleichterung im Hinblick auf den Ohrton hinaus nur dann weitere Frucht tragen kann, wenn Herr A weitere Schritte tut. Dies bleibt ihm nun freilich selbst überlassen, denn meine Begleitung und Hilfe endet mit dieser letzten Sitzung. Nachdem ich Herrn A unseren Fragebogen zur Nachuntersuchung vorgelegt habe, frage ich ihn abschließend, was für ihn das Wesentliche an unserem Programm gewesen sei. Er meint, er habe vor allem gelernt, auf seine Gefühle zu hören und mit anderen Menschen auf neue Weise zu kommunizieren. Nach einer nun folgenden audiometrischen Unter-

suchung, deren Ergebnisse auf S.257*dargestellt werden, geht diese Reihe von Begegnungen mit Herrn A mit einem freundlichen Abschied zu Ende.

Ich sehe gerade am Ende dieser Sitzung, daß bei Herrn A ein Prozeß in Gang gekommen ist, der weitergehen wird. Der Anstoß, den ich dazu gegeben habe, hat erste Erfolge gezeitigt, und ich bin mit meiner Arbeit, deren Grenzen ich gleichwohl erkenne, zufrieden. Herr A kam mit einer Reihe von körperlichen Symptomen und vor allem mit einem Ohrensausen, unter dem er seit vielen Jahren litt. Er stand in vieler Hinsicht unter erheblichem Streß, war äußerst leistungsbetont und seinen Gefühlen weitgehend entfremdet. Im Lauf des Therapie- und Übungsprogramms haben sich fast sämtliche Symptome gebessert, und obwohl Herr A auch jetzt, am Ende des Programms, seinen Ohrton nach wie vor hört, fühlt er sich durch ihn kaum noch belastet.

e. Patient B

Frau B ist 46 Jahre alt und von Beruf selbständige Versicherungskauffrau im Außendienst. Sie ist von mittlerer Größe und etwas rundlich gebaut; beim Erstgespräch fallen mir außerdem besonders die stark hervortretenden und geröteten Augen sowie eine etwas beschleunigte und lebhaft-gestenreiche Redeweise auf. Frau B, die seit einem dreiviertel Jahr an einem beidseitigen Tinnitus leidet, erzählt, sie habe vor einem Jahr einen Nervenzusammen - bruch gehabt; der damals aufgetretene starke Schwindel sei mit Vasomotal, das sie nach wie vor nehme, erfolgreich behandelt worden. Außerdem sei man damals auf ihre Schilddrüsenüberfunktion gestoßen. An Medikamenten nehme sie außer Vasomotal seither noch nach Bedarf Lexotanil. Nach dem Ohrton befragt, meint sie, er sei immer dann stärker, wenn sie zur Ruhe komme und vor allem am Abend, wenn sie im Bett liege. Nach anstrengenden Arbeitstagen sei er "brüllend" laut. Meine nachfolgenden Ausführungen zum Therapie- und Übungsprogramm leuchten ihr wohl ein; sie meint, sie sei in den letzten eineinhalb Jahren beruflich und familiär so stark belastet, daß sie es oft nur mit Lexotanil schaffe. Die einzige Möglichkeit, sich zu entspannen, finde sie abends bei einem Glas Bier oder mehreren, aber das gehe auch oft nicht. Sie würde gerne bei dem Programm mitmachen, wenn es sich machen ließe.

Aus dem Kurzfragebogen zur audiologischen Anamnese, den ich Frau B vorlege, geht noch hervor, daß sie sich durch den gleichbleibenden, nicht pulsierenden, in der Intensität durchaus schwankenden Ohrton erheblich beeinträchtigt fühlt. Ihre Schwerhörigkeit tritt dem gegenüber gar nicht in Erscheinung. In therapeutischer Hinsicht hilft Frau B die Vertäubung des Ohrgeräuschs am meisten.

Frau B hinterläßt bei mir den ersten Eindruck eines unter äußerster Anspannung stehenden und ständig am Rand der Erschöpfung sich entlanglavierenden Menschen; ich spüre bei ihr ein großes inneres Durcheinander, ein Chaos, das für mich auch mit der endokrinen Entgleisung Hand in Hand geht und das sie nur mit großer Mühe - durchaus auch im Aussehen wahrnehmbar - zusammenzuhalten scheint. Diese Aufbietung aller Kräfte ist andererseits auch als energiegeladene Lebhaftigkeit sichtbar.

Frau B meldet sich durch die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens zur Anamnese verbindlich an; die ebenfalls geforderte Liste von Krankheiten und zeitlich korrelierenden Streßbelastungen legt sie jedoch nicht bei. Aus ihren Angaben zeigt sich noch Folgendes: Frau B ist verheiratet und hat Kinder, zwei Söhne, die sie adoptiert hat. Sie verfügt über einen Hauptschulabschluß und leistet als Versicherungsvertreterin mehr geistige als körperliche Arbeit, zumeist auch noch im Sitzen. Der Ohrton, den sie als Pfeifton beschreibt, tritt vor allem nach Streßbelastung auf, sobald Frau B zur Ruhe kommt; gleichfalls aber auch, wenn sie nachts aufwacht und am Morgen. Der Ohrton tritt nicht auf, wenn sich Frau B in einer betriebsamen Atmosphäre aufhält oder Auto fährt. Abgesehen von dem Ohrensausen und der Schilddrüsenüberfunktion leidet Frau B nach ihren Angaben akut unter Nervosität, Erschöpfung und gelegentlichem Schwindel sowie an Nacken- und Schulterschmerzen. Frau B hat abgesehen von ihrer Familie keinen sozialen Kontakt und hat tagsüber keine Zeit, um für sich allein zu sein. Sie schätzt sich als redselig ein, hat häufig Angst und sieht sich als ziemlich empfindlich; nur manchmal ist sie niedergeschlagen und bedrückt. Frau B hat kein Hobby und treibt keinen Sport, hat aber für ihr Gefühl ausreichend Bewegung.

Frau B kommt verspätet in die erste Sitzung. Sie erzählt von der Situation, in der sie im Augenblick lebt. Sie ist mit einem Mann verheiratet, von dem sie schon einmal geschieden war und der an Epilepsie leidet. Sie ist in der Hauptsache die Ernährerin der Familie, und zur Zeit in einer finanziell unsicheren Lage. Ihre beiden Söhne sind halbwüchsig, der jüngere lebt zuhause, der ältere, mit dem sie auch offenbar weniger Probleme hat, auswärts. Zur Zeit lebt auch noch die Mutter von Frau B im Hause, zu der ein sehr angespanntes Verhältnis besteht. Außerdem gibt es da noch drei Hunde - auch die Mutter hat einen Hund mitgebracht - die Frau B neben ihrem Beruf und dem Haushalt versorgt und die ihr sehr viel bedeuten, weil sie von ihnen offenbar viel Zuwendung bezieht. Frau B sagt, sie tue alles, sie kümmere sich um alles, leiste viel im Beruf, wobei sie oft hunderte von Kilometern fahren müsse, wasche, putze, koche, halte das Haus in Ordnung; sie kümmere sich einfach um alles, aber keiner kümmere sich um sie, sie bleibe allein, nur ihre Hunde trösteten sie. Dabei habe sie große Angst vor dem Alleinsein, sie brauche die Nähe ihres Mannes; wenn sie sich allein fühle, dann komme die Depression, die Niedergeschlagenheit, dann könne sie nicht reden, dann habe sie Angst. Ich frage Frau B, wo sie denn diese Angst am meisten spüre? Sie deutet auf den Bereich des vorderen Halsausschnittes und des Brustbeins. Ich bitte sie, ihre ganze Aufmerksamkeit dorthin zu lenken und diese Stelle zu spüren. Sie sagt nach einer Weile, es sei alles verkrampft. Etwas später meint sie, da seien viele unterdrückte Tränen drin. Schließlich, nachdem ich sie auffordere, immer weiter bei dieser Stelle und dem, was sie da spüre, zu bleiben, fängt sie an zu weinen und zu schluchzen. Als sie wieder aufhört, fühlt sie sich entspannt, und der Krampf an der besagten Stelle ist verschwunden. Aus dem folgenden Gespräch wird deutlich

daß Frau B nur sehr schwer etwas für sich fordern oder auch "nein" sagen kann. Sie tut alles für die anderen und erwartet dafür von ihnen unausgesprochenermaßen, daß sie sie loben und anerkennen. In bezug auf ihren Mann meint sie, sie brauche es, von ihm gestreichelt zu werden, und die Sexualität fehle ihr; sie könne ihm das aber nicht sagen. Schließlich resümiert sie, so könne das alles nicht weitergehen und fragt mich, was ich ihr raten würde. Ich fordere sie auf, sich in mich hineinzuversetzen.Was würde sie an meiner Stelle auf ihre Frage antworten? Frau B gibt sich daraufhin den Rat, sie müsse einen Weg finden, wie sie es vermeiden könne, alles so in sich hineinzufressen, wie sie alles kalt lassen könne und sie sagen könne: "Rutscht mir den Buckel herunter! Macht euern Scheißdreck alleine!" Im weiteren Gespräch geht es um Wut und Aggression. Frau B meint, sie habe damit Schwierigkeiten; ihre Rage rede sie sich immer aus und gehe über sie hinweg. Ehe wir zur Entspannungsübung übergehen, sagt sie noch, wie befreiend und erlösend das Weinen für sie gewesen sei. Frau B fällt es sehr schwer, sich zu entspannen; vor allem im Hals-Kopf-Bereich fühlt sie sich sehr verkrampft. Sie bezweifelt, ob sie es alleine schaffen würde, sich zu entspannen, und ich mache ihr klar, daß das ganz bei ihr liege; ob und wie sie zuhause übe, sei ihre persönliche Sache.

In der zweiten Sitzung hat Frau B ein frischeres Aussehen als in der ersten; sie wirkt etwas entspannter. Als ich ihr das sage, berichtet sie, die Entspannungsübung und das Gespräch mit mir hätten ihr gut getan; sie habe es schon etwas geschafft, sich zu entspannen. Aber "es darf ja nicht wahr sein, unter welchem Streß ich stehe!" Gerade durch die Entspannungsübung scheint ihr das sehr deutlich geworden zu sein. Sie berichtet weiter, im Augenblick sei der Streß durch eine anstehende Auseinandersetzung mit einem Versicherungsinspektor gegeben, mit dem sie nicht mehr zu-

sammenarbeiten wolle. Ich beschließe, gleich an diesem aktuellen Konflikt zu bleiben und schlage ihr einen Dialog mit dem phantasierten Inspektor vor. Frau B, die solche Dialoge schon aus Schulungskursen kennt, geht bereitwillig darauf ein. Sie bemerkt als erstes, daß sie ganz gehemmt ist und nicht weiß, wie sie anfangen soll. Ich sage ihr, sie solle bei dem Gefühl der Hemmung bleiben und es körperlich zu erspüren versuchen. Die Hemmung sitzt wieder an ihrer "Stelle". Frau B empfindet Angst. Ich frage sie, wovor sie Angst habe. Sie hat Angst vor Beschämung, davor, unsicher und unterlegen zu sein. Frau B erinnert sich, wie es ihr als kleines Mädchen bei der Mutter ergangen sei. Von ihr habe sie sich immer nur unterdrückt und herumkommandiert gefühlt und viel Beschämung, bis ins Erwachsenenalter hinein, von ihr erfahren müssen. Ich frage sie, wie sich ein Mädchen fühle, dem es so ergehe.Sie antwortet, es fühle sich in die Ecke gestellt, ein Gefühl, das sie Zeit ihres Lebens habe, es fühle sich isoliert, ohne Kontakt. Als ich hinzufüge, daß sie sich dann wohl auch unsicher fühle, bejaht sie und fährt fort, sie wisse dann nicht mehr, was sie tun solle, um nur ja alles richtig und nichts falsch zu machen. Ich frage sie, wie sie im allgemeinen mit dieser Unsicherheit, nicht zu wissen, was sie tun solle, umgehe. Frau B meint, meistens fange sie dann an zu grübeln und nachzudenken. Daraufhin kehren wir wieder zum Dialog mit dem Inspektor zurück; Frau B bemerkt, daß die Hemmung weg ist. Gleich darauf spürt sie sie aber wieder, und so geht es eine Weile hin und her. Frau B fällt auf, daß sie sonst ihre Hemmung oft irgendwann "einfach" überwindet und mit ihrer Meinung, ihrer Wut, ihrer Forderung herausplatzt. Sie findet, dieses Verhalten habe aber meist zur Folge, daß die anderen zwar lieb und verständnisvoll zu ihr seien, sie aber letztlich doch wieder den Kürzeren ziehe. Nun versucht Frau B nochmal, den Dia-

log anzufangen. Während sie redet, fällt mir auf, wie sehr sie es vermeidet, mit dem imaginierten Gegenüber Augenkontakt aufzunehmen; ich frage sie, was sie mit den Augen mache, während sie rede und mache ihr vor, was ich beobachtet habe. Nachdem wir darüber geredet haben, fängt sie noch einmal an; sie redet nun frei und ohne Hemmung und kommt auf ein bestimmtes Problem zu sprechen. Während des mehrmaligen Rollentausches gehen zunehmend Argumente hin und her, und plötzlich merkt Frau B, daß sie "ja am Klären" ist und dem Gegenüber gar nicht sagt, was sie eigentlich will - nämlich nicht mehr mit ihm zusammenarbeiten. Daraufhin sagt sie das also, hängt aber gleich noch eine Begründung an, und schon kommt das Argumentieren wieder in Gang, und sie "zieht den Kürzeren", weil sie sich dem Inspektor sachlich unterlegen fühlt. Ich schlage Frau B vor, ihrem Gegenüber einfach nur das zu sagen, was sie will, ohne irgendeine Erklärung oder Begründung anzuhängen. Sie probiert es aus und antwortet auf meine Frage, was denn die Folge dieser schlichten Aussage sei: "Jetzt regt er sich auf, nicht mehr ich". Mir scheint, es habe sich da ein Muster heraus - kristallisiert, und ich frage Frau B, ob sie dieses Verhalten auch aus ihrem sonstigen Leben kenne. Sie bejaht und meint, sie lasse sich durch Argumentationen oft von dem abhalten, was sie eigentlich wolle. Im Anschluß an dieses Stück Arbeit spreche ich über die zweite Übung (Auf den Ohrton hören) und leite danach Frau B bei ihrer Durchführung an. Während sie sich ganz auf den Ohrton konzentriert, wird er für sie immer lauter. Beim an - schliessenden Dialog ist sie völlig überrascht, denn der Ohrton wird plötzlich leiser, als sie zu ihm sagt, er solle endlich aufhören. Den als Person imaginierten Ohrton läßt Frau B sagen, sie solle ruhiger werden; wenn sie sich keine Zeit zum Entspannen nehme, werde er eben weiterbohren. Zu mir gewandt, fügt Frau B dann eine

lange Reihe von Erklärungen an, weshalb sie sich nicht entspannen könne; sie kümmere sich um alles, ihr Mann tue kaum einmal etwas im Haushalt, ihr Sohn ebenso, alle hielten für selbstverständlich, was sie mache, auch ihr Mann, dessen Anerkennung ihr so sehr fehle, sie sich aber nicht verschaffen könne. Es sei alles ganz schlimm. Ich sage ihr, ich glaube ihr, daß alles ganz schlimm sei, und frage sie, was sie wohl dazu beitrage, daß die andern alles, was sie mache, für selbstverständlich halten. Sie weiß darauf keine Antwort, und ich trage ihr auf, sich in dieser Hinsicht bis zum nächsten Mal etwas zuzuschauen. Außerdem solle sie sich immer wieder folgende Fragen vorlegen, die gerade für sie sehr wichtig seien: Wer bin ich? Wo bleibe ich? Was will ich? Was will ich nicht?

Am Ende dieser zweiten Sitzung bin ich durchaus damit zufrieden, ja sogar überrascht, wie die Begegnungen mit Frau B verlaufen. Frau B braucht und sucht Hilfe, aber ich bin mir darüber im klaren, daß sie wesentlich mehr braucht, als sie in diesen zehn Sitzungen bekommen kann. Sie scheint mir eine Frau zu sein, die sich in einem lebenslangen Kampf um Liebe und Anerkennung aufreibt und selbst aufgibt. Sie fordert aber offenbar für sich nicht, was sie braucht, sondern erwartet passiv, ebenso zu bekommen wie sie gibt. Gerade darin fühlt sie sich aber wohl immer wieder enttäuscht. Ich halte es daher für eine meiner Aufgaben, sie beständig dazu anzuregen und zu ermutigen, sich selbst mehr in den Vordergrund zu stellen, sich eben zu fragen: Was will ich?, sich zu fordern und zu nehmen, was sie für sich braucht, und für sich selbst etwas zu tun.

Zu Beginn der dritten Sitzung berichtet Frau B von ihren Erfolgen: Sie schlafe besser ein, selbst wenn sie sich abends im Bett wegen irgendeiner geschäftlichen oder sonstigen Sache aufrege. Früher habe sie da nur mit Tabletten einschlafen können; jetzt konzentriere sie sich einfach auf ihre "Stelle" und versuche, genau

hinzuspüren; da löse sich dann die Aufregung direkt auf. Auch die Entspannungsübung tue ihr dabei sehr gut, sie mache sie in solchen Situationen auch. Die Sache mit dem Inspektor sei gut verlaufen, sie habe sich dabei ganz stark gefühlt. Der Ohrton sei schon viel schwächer und morgens öfter gar nicht mehr vorhanden. Außerdem habe sie jetzt gegenüber ihrer Mutter einen neuen Stand gewonnen; sie habe sie, als diese wieder einmal "hysterisch" geworden sei, einfach ganz ruhig gefragt: "Warum bist du jetzt so?"; daraufhin habe die Mutter Ruhe gegeben. Als Frau B von ihrem neuen Stand spricht, kommt mir die Idee, ihr eine der Lowen'schen Übungen zu zeigen, die unter anderem der leiblichen Fundierung der Stand - festigkeit dienen. Als wir später wieder einander gegenübersitzen, erzählt mir Frau B, ihr Leib schwelle seit einiger Zeit immer mehr an; sie sei schon beim Arzt gewesen und wisse noch nicht, ob ihr organisch etwas fehle. Sie will wissen, ob das denn psychisch sein könne. Ich frage sie, was sie denn dazu meine. Es fällt ihr ein, daß sie als junge Frau immer schon dick gewesen sei und sich eigentlich ganz wohl dabei gefühlt habe; sie sei halt so gewesen. Ihre Mutter habe ihr aber ständig deswegen Vorhaltungen gemacht und sie sogar gezwungen, in eine Klinik zum Abmagern zu gehen, was für sie entsetzlich gewesen sei. Dann erinnert sie sich, daß der Bauch etwa seit der Zeit so dick sei, seit die Mutter wieder in ihrem Haus wohne. Ich stelle ihr daraufhin die Frage, was sie wohl mit ihrem Leib der Mutter sagen möchte. Frau B antwortet, vielleicht wolle sie ihr sagen, daß sie so sein könne, wie sie wolle und die Mutter ihr nichts anhaben könne. Dann erzählt Frau B, wie es ihr in ihrem Leben mit ihrer Mutter ergangen ist, wie sie sich von ihrer Mutter immer gedemütigt, bevormundet, mißachtet und beschämt gefühlt habe, wie die Mutter versucht habe, sie und ihren Mann auseinanderzubringen, wie sie sie wegen dieser Ehe mit einem Epileptiker von einer Stunde auf die andere vor die Tür ge-

setzt habe und wie die Mutter auch noch heute versuche, sie unter Druck zu setzen. Frau B erzählt diese Geschichte äußerst bewegt, und ich höre ihr die ganze Zeit über nur zu. Am Ende fühlt sie eine tiefe Traurigkeit in sich, und das macht ihr Angst. Wir reden eine Weile darüber, und ich frage sie schließlich, wie hier und heute nach all diesen Erfahrungen ihre Haltung gegenüber ihrer Mutter sei. Frau B antwortet: "Ich will sein, ich will leben, ich will meine Ruhe haben." Da wir am Ende der Sitzung angelangt sind, bitte ich sie, die dritte Übung zuhause durchzuführen und trage ihr auf, diese drei Sätze im Sinn zu behalten und immer wieder auch zu ihrer Traurigkeit zurückzukehren. Ich gebe Frau B außerdem meine Telefonnummer mit, sodaß sie sich jederzeit an mich wenden kann.

Frau B ist nach meinem Gefühl in dieser Sitzung auf ein zentrales Lebensproblem gestoßen: auf die zutiefst gestörte Beziehung zu ihrer Mutter, die ihr offensichtlich Anerkennung und Liebe versagt hat, und auf die damit zusammenhängende und ständig unterdrückte Kränkung und Traurigkeit. Es ist mir klar, daß dieses Programm keineswegs ausreichend Gelegenheit bietet, diese Dinge aufzuarbeiten, dennoch scheint mir aber auch kein Weg zu einer Linderung des mit dem Ohrton verbundenen Leidens an ihnen vorbeizuführen.

Frau B kommt in die vierte Sitzung mit der Mitteilung, ihr Leib sei seit dem Tag nach der letzten Stunde kleiner geworden; sie habe zwar nur wenig abgenommen, aber jede Menge Winde seien abgegangen und der Leib fühle sich viel weicher an. Ich beglückwünsche sie zu ihrem Erfolg. Dann erzählt sie, es habe in ihr in den letzten Tagen gekocht und gebrodelt, die Traurigkeit sei stark gewesen, aber sie habe alles verdrücken müssen, weil sie so unter Streß gestanden und so viel zu tun gewesen sei und weil

dies und jenes sie außerdem daran gehindert hätte, sich damit oder auch mit den Übungen zu beschäftigen. Es sei ihr von da her nach dem letzten Mal nicht so gut gegangen, aber sie wolle nach wie vor an diese Traurigkeit rangehen. Dann fängt sie an zu weinen, sagt nach einer Weile, sie wisse nicht mehr weiter, sei völlig ratlos, es sei ihr doch schon so gut gegangen und nun sei das schöne Erfolgserlebnis wieder weg. Mir wird klar, wie sehr die manische Geschäftigkeit, die Frau B an den Tag legt, auch dazu dient, ihre Traurigkeit, ihren Schmerz, zu unterdrücken. Ich lasse Frau B einfach nur erzählen und höre ihr zu. Etwas später frage ich sie dann: "Wann wollen Sie anfangen, etwas zu ändern?" Wir kommen durch meine Frage wieder auf ihr Muster, alles für die andern zu tun, die aber ihrerseits und von sich aus gar nichts tun. Ich schlage Frau B vor, ganz pragmatisch vorzugehen und frage sie, ob und wie sie sich die kommende Woche so einteilen könne, daß sie möglichst wenig gestreßt sei. Ihre Antwort zeigt mir deutlich, wie sehr sie selbst - auch innerlich - Unruhe erzeugt und die Streßbelastungen erhöht, und ich sage ihr das auch. Daraufhin erzählt sie, sie habe doch auch schon in der letzten Woche eine Reihe positiver Erfolge erzielt, zum Beispiel in bezug auf ihre Mutter und ihren Sohn; außerdem habe sie eine Idee für eine Beschäftigung für ihren Mann, die auch ihr mehr Ruhe bringen könne. Bei der weiteren Besprechung der Probleme der kommenden Woche spielt vor allem die ständige Selbstüberforderung eine Rolle, die sich im wiederholten "Du mußt!" ausdrückt. Wir reden eine Weile darüber, und ich frage sie in diesem Zusammenhang, was ihr fehle. Frau B antwortet: "Ich fehle mir selbst". Ich schlage daraufhin Frau B vor, zuhause einmal ein paar Briefe an sich selbst zu schreiben, die mit dem Satz anfangen"Liebe B, du fehlst mir." Gegen Ende der Sitzung, in der die Zeit für die Durchfüh-

rung der vierten Übung ebenfalls fehlt und die ich daher nur noch erläutern kann, erzählt Frau B noch, der Ohrton sei jetzt am Morgen ständig weg, wenn sie aber im Streß sei, "brülle" er wieder. Am Sonntag habe sie sich übrigens zum ersten Mal seit längerem so richtig erholt und es sich gemütlich gemacht; das habe ihr gut getan. Auch spüre sie immer wieder "ihre Stelle" und gehe dann von da aus durch ihren ganzen Körper, was ihr auch wohltue; allerdings habe sie dafür meist erst abends im Bett Zeit. Zum Schluß sagt mir Frau B noch, sie sei schon dreimal in psychologischer Beratung gewesen, aber erst bei mir fühle sie sich akzeptiert. Ich antworte ihr daraufhin, das hinge auch mit ihrer Bereitschaft zusammen, sich mit sich selbst einzulassen.

Frau B schwankt in meinen Augen zur Zeit hin und her: einerseits verharrt sie in ihrer - freilich ehrlich und hilflos erworbenen - Lebensweise, die ihr buchstäblich in Fleisch und Blut übergegangen ist, andererseits - weil sie weiß, daß "es so nicht weitergeht" - trifft sie immer wieder ganz bewußt Entscheidungen, die sie aus dem Gewohnten herausführen. Ich kann ihr wohl in ihrem Ringen nur dabei helfen, sich immer wieder bewußt zu werden, wie sie lebt, und neue Möglichkeiten im Umgang mit sich selbst zu finden.

In der fünften Sitzung sieht Frau B geradezu erfrischt aus; es geht ihr offensichtlich gut. Sie erzählt, sie habe alle Strapazen der vergangenen Woche gut überstanden und spüre zunehmend eine innere Ruhe. Neulich sei sie wieder dank dieser Übung einge - schlafen, bei der sie einfach ihre innere Erregung wahrnehme und spüre; die habe sich dadurch verwandelt und sei in ein inneres Bild übergegangen:sie habe ihren Körper von innen wie einen Baum gesehen, und das sei sehr beruhigend gewesen; so habe sie dann einschlafen können. Sie nehme jetzt übrigens auch das Lexotanil

nicht mehr regelmäßig; letzte Woche habe sie insgesamt nur ein-einhalb Tabletten gebraucht. Andere Leute sagen ihr auch, sie habe sich verändert und ihre Augen gingen zurück. Auf der anderen Seite habe sie zur Zeit große Probleme mit ihrem sechzehnjährigen Sohn, der nur tue, was er wolle und ihren Rat - für mich hören sich ihre Ratschläge mehr nach Drohungen und Befehlen an - nicht mehr ernst nehme, also zum Beispiel spät nachts nach Hause komme. Ich schlage Frau B einen Dialog mit dem Sohn vor, und sie geht darauf ein. Während des Dialogs fällt mir auf, wie sehr Frau B ihrem Sohn gegenüber vorwiegend von ihm redet, von ihm fordert, ihn beurteilt. Von sich, von ihren Gefühlen, ihren Ängsten und Befürchtungen, teilt sie ihm nichts mit. Sie verlangt von ihm, er solle doch ruhiger und häuslicher sein. Ich deute dies so, daß sie die Ruhe, die sie selber nicht findet, stellvertretend wenigstens bei ihrem Sohn sehen möchte. Ich sage ihr das und frage sie, wie wohl der Sohn ruhig sein solle, wenn die Mutter hektisch sei. Dies gibt ihr zu denken, und es leuchtet ihr schließlich ein, daß so etwas nicht gut möglich ist und sie wohl bei sich selbst anfangen muß. Dann fällt ihr ein, daß ihr Sohn tatsächlich zweimal zuhause geblieben sei, als sie es sich selbst auch gemütlich gemacht habe; neuerdings entspanne sie sich übrigens immer wieder einmal, indem sie es sich gemütlich mache. Das Thema unseres Gesprächs veranlaßt mich in der verbleibenden Zeit, die sechste Übung statt der fünften ausführlich mit Frau B zu besprechen. Dabei erwähnt Frau B, sie habe die vierte Übung kaum gemacht, sie sei einfach nicht dazu gekommen. Bezüglich des Ohrtons sagt sie, er gehe spürbar zurück, sei jetzt kein Pfeifton mehr, sondern eher eine Art "Preßrauschen", ein Quietschen; stundenweise sei er manchmal gar nicht mehr vorhanden. Dann fügt sie noch hinzu: "Der Ohrton hat mir

ja noch Glück gebracht: daß es so etwas gibt!"

Nicht anders als bei anderen Menschen ist auch für Frau B ihr persönlicher Kommunikationsstil eine ständige Quelle von Streß. Sie scheint zu versuchen, durch Druck und Manipulation ihre mitmenschliche Umwelt so zu gestalten, daß sie ihren Bedürfnissen gerecht wird; dabei stößt sie verständlicherweise immer wieder auf den Widerstand der anderen Menschen. Aus diesem Grund nehme ich mir vor, sie immer wieder darin zu bestärken, von sich zu reden statt über andere, "Ich will" zu sagen statt "Du mußt". Ich freue mich einerseits über ihre Fortschritte, bin aber andererseits doch skeptisch in bezug auf deren Beständigkeit.

Zu Beginn der sechsten Sitzung berichtet Frau B, sie habe sich kaum mit der sechsten Übung beschäftigt; sie brauche meine Hilfe dabei und wolle mit mir die Fragen und Aufgaben noch einmal durchgehen. Zur Frage, wem sie etwas Liebevolles sagen möchte, meint sie, sie habe damit bei ihrem Sohn tolle Erfolge gehabt. Sie habe nämlich liebevoll und freundlich mit ihm geredet, er solle sich ändern, und sie habe ihm dabei auch einiges von sich gesagt, von den Sorgen, die sie sich um ihn mache. Wir reden eine Weile über den Unterschied zwischen dem "Ich will" und dem "Du mußt". Dabei wird wieder deutlich, wie sehr Frau B von anderen Menschen die Beachtung erwartet, die sie sich selber nicht schenkt. Außerdem wird mir im Verlauf dieses Gesprächs auch klar, daß es zwischen Frau B und mir Verständigungsschwierigkeiten gibt. Sie scheint immer wieder meine Worte nicht zu verstehen und sich das, was ich sage oder was schriftlich vor ihr liegt, umzuformen, sodaß manchmal nach meinem Eindruck sich ein völlig anderer Sinn als der von mir intendierte ergibt. Ich sehe darin abgesehen von den Auswirkungen eines sicherlich nicht sehr differenzierten

Sprachvermögens - Frau B gebraucht zum Beispiel eine ganze Reihe von Fremdwörtern, die sie aber nicht immer sinngemäß verwendet und auch lautlich völlig umstellt, und sie hat manchmal eine durch schnelles Sprechen wohl mitbedingte recht eigenwillige Grammatik - eine Manipulation am Werk, durch die Frau B sich durchaus gewaltsam anverwandelt, was ihr fremd ist. Ich fühle mich demgegenüber einigermaßen hilflos und kann nur versuchen, in meinen eigenen Aussagen so klar wie möglich zu bleiben. Frau B's berufliche Arbeit ist es, Menschen zum Abschluß von Versicherungen zu bewegen; wenn ich ihre Arbeit als symbolischen Akt auffasse, heißt dies, daß sie gleichzeitig sich ständig ihrer eigenen existentiellen Unsicherheit versichert und sie zu versichern, zu bannen und zu entschärfen, zu bewältigen versucht. Um das zu erreichen, bietet Frau B alle ihr zur Verfügung stehenden Kräfte auf - angefangen von der betriebsamen Geschäftigkeit und dem durcheinandergeratenden Redefluß bis hin zu ihrer inneren Unruhe und den durchaus Panik machenden hervorquellenden Augen. Ich habe die universale Komplexität eines Menschen vor Augen und gebe mich mit jedem Schritt zufrieden, der sein Leid irgendwie lindert.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs erzählt Frau B von der vergangenen Woche. Zum ersten Mal habe sie einem "Ich will nicht", "Ich kann nicht" nachgegeben, immer wieder einmal,und sie sei auch zu Hause geblieben; das sei aber gar nicht so leicht gewesen, weil sie die ganze Zeit ein schlechtes Gewissen gehabt habe und sich immer gesagt habe "Du müßtest jetzt aber ..."; sie sei ganz nervös, voller Unlust,verkrampft, ja verzweifelt gewesen und habe sogar geweint; aber dafür sei sie dann später einmal wirklich mit Lust und ohne Streß zu machen weggefahren und sei ganz ohne inneren Druck bei ihren Kunden gewesen. Sie habe dadurch jetzt gemerkt, daß sie sich früher die ganze Zeit für die Arbeit von innen heraus,

ohne Drogen oder so etwas, "gedopscht" habe. Dann erzählt sie mir noch voller Freude, daß sie es zum ersten Mal in ihrer Ehe fertig gebracht habe, von sich aus zu ihrem Mann ins Bett zu kriechen; das habe ihr unendlich gut getan. Wir reden in der verbleibenden Zeit über die Dinge, die Frau B erlebt hat, und ich sage ihr dazu, daß ich meine, es müsse wohl erst einmal die ganze Anspannung zum Vorschein kommen, wenn sie anfange, sich weniger zu überfordern. Als Frau B dann einwendet, sie müsse aber doch arbeiten und Geld verdienen, stimme ich ihr zu und ergänze, es ginge darum, das persönliche Maß an Belastung zu finden; Streß abbauen heiße doch in ihrem Fall, das "Du mußt dies, du mußt jenes, du mußt, du mußt!" zu verringern. Zum Schluß der Sitzung findet Frau B, sie gehe voller neuer Einsichten von hier weg.

Frau B fängt offenbar an, auszuprobieren, wie es ist, sich nicht ständig zu überfordern und auch einmal für sich etwas zu fordern. Und sie scheint trotz allem gute Erfahrungen damit zu machen. Das stimmt mich zuversichtlich und hoffnungsvoll.

Frau B kommt voller Panik in die siebte Sitzung, die letzte vor der dreiwöchigen Pause. Sie hat jetzt sechs Strafpunkte in der Verkehrssünderkartei und meint, nun sei sie vielleicht bald den Führerschein und damit ihre Existenz los. Aber sie wolle vor Gericht gehen, mit dem sie ohnehin schon - wegen eines kleinen Delikts ihres Sohnes - zu tun habe. Nun fahre sie eben nur noch ganz nach Vorschrift. Sie versteht mich offenbar nicht, als ich vermute, diese Dinge hätten vielleicht auch etwas mit ihrem Leben zu tun. Ich verzichte auf weitere Erläuterungen und lasse sie einfach nur erzählen. Sie sagt, sie habe in der vergangenen Nacht kaum geschlafen; sie habe geträumt, sie räume das Haus ihrer Mutter aus - was in der Realität auch passiert ist, denn die Mutter hat ihr Haus verkauft und wohnt vorübergehend bei Frau B, die

ihr die Räumung und den Umzug organisiert hat. Es sei Krieg gewesen und plötzlich sei ein Flugzeug im Tiefflug gekommen und habe eine Bombe abgeworfen; sie habe es klicken hören, aber die Bombe sei nicht explodiert, sondern auseinandergefallen ohne zu explodieren; dann habe sie mit dem Umzug weitergemacht. Ich schlage Frau B vor, den Traum zu bearbeiten und erläutere ihr das entsprechende gestalttherapeutische Vorgehen. Der Versuch schlägt weitgehend fehl. Wir kommen auf Frau B's Mutter zu sprechen. Sie meint, mit der sei zur Zeit wieder die Hölle los - ich verweise sie darauf, daß sie "Krieg" träumt - und sie bringe wieder alles durcheinander, führe sich schrecklich hysterisch auf und lasse sie und ihren Mann nicht zur Ruhe kommen. Ich frage Frau B provozierend und mit einiger Ungeduld, was sie denn dafür tue, Ruhe zu finden, und wann sie damit anfangen wolle. Als sie meint, sie tue ja alles, frage ich sie, was sie denn tue. Es stellt sich heraus, daß sie nahezu nichts für sich tut; sie findet zum Üben keine Zeit, keinen geeigneten Raum, sie kann sich zuhause nicht richtig entspannen. Sie meint, sie brauche doch gar kein Lexotanil mehr und sei schon so viel ruhiger geworden. Aber es sei eben zur Zeit wieder die Hölle los, und sie stehe unter starkem Streß. Ich frage sie, wie sie denn Streß mache. Daraufhin erklärt sie mir, was zur Zeit alles auf sie einstürzt.Schließlich kommt sie darauf, sie müsse sich immer aufregen, um alles zu schaffen. Ich rate ihr, sich täglich wenigstens einmal eine Viertelstunde zu reservieren, die sie für sich hat, in der sie allein ist. Sie meint, das könne sie ja einmal versuchen, wenn's wieder besonders turbulent zugehe. Ich fühle mich ratlos und lege ihr am Ende der Sitzung nur noch einmal dringlich nahe, etwas für sich zu tun und in der kommenden Pause sich auch die Übungen vorzunehmen; sie könne nur bei sich selbst anfangen, und dazu könne auch nur sie selbst sich entscheiden.

Frau B kommt in die achte Sitzung "völlig am Boden zerstört". Sie weint, sagt, sie könne nicht mehr, fühle sich kurz vor dem Zusammenbruch; sie habe keine Übungen und "gar nichts" gemacht. Ich lasse sie erzählen und sie spricht ausführlich über ihre familiäre und häusliche Situation, über die belastende Anwesenheit der Mutter, über ihren Mann, durch den sie kaum Unterstützung erfährt, über ihre finanziell beunruhigende und ihre berufliche Situation. Es ist alles "wie in einem Scheißloch". Sie weiß sich keinen Rat mehr. Ich sage ihr, ich wisse auch keinen Rat und lasse sie weiterhin reden. Nach einiger Zeit, als sie erzählt, sie habe schon einmal wegen ihrer Familie eine bereits genehmigte psychosomatische Kur wieder abgesagt, kommen wir ausführlich auf weitere Therapiemöglichkeiten zu sprechen. Frau B ist offenbar klar geworden, daß sie unbedingt in dieser Richtung noch mehr für sich tun muß, und sie will das auch. Im weiteren Gespräch wird wieder eines ihrer Hauptprobleme sichtbar: Sie kann nicht rechtzeitig "Nein" und "Stop" oder "Es reicht" sagen und gibt alle Kraft für die andern aus, bis sie für sich selbst keine mehr hat. Ich schlage ihr vor, einer imaginären Frau, die ihr gerade all das erzählt hat, was sie mir erzählt hat, drei Ratschläge zu geben. Sie tut es, aber alle Ratschläge haben mit einem "schlimmsten Fall" zu tun, wenn es einmal wirklich nicht mehr auszuhalten ist. So schiebt Frau B ihre Grenzen immer weiter hinaus, denn "noch ist es ja erträglich". Ich versuche ihr meine Sicht zu vermitteln, und sie fragt mich schließlich noch einmal um Rat. Ich sage: "Schauen Sie sich selber genau zu und üben Sie das Neinsagen!" Am Ende der Sitzung fühlt sich Frau B wieder ruhig, gelöst und zuversichtlich.

Diese überraschende Wendung am Ende der achten Sitzung läßt mich vermuten, daß ein wesentlicher Teil - wenn nicht überhaupt der wesentliche - der Arbeit mit Frau B darin besteht, sie immer

wieder einfach nur anzunehmen als der Mensch, der sie ist, vor allem auch in ihrer ganzen Niedergeschlagenheit, in ihrem Versagen. Sie mutet sich mir zu, und meine Aufgabe ist es, sie gerade darin zu akzeptieren. Mir wird nach dieser Sitzung aber auch noch einmal ganz klar, wie eng - gerade bei jemanden wie Frau B - die Grenzen diees Programms gesteckt sind und wie jeder Patient nur so viel davon hat, als er - in eigener Verantwortung - sich geben zu lassen und zu nehmen bereit ist. Zumindest diese Bereitschaft scheint mir bei Frau B gewachsen zu sein.

In der neunten Sitzung berichtet Frau B, es habe sich nichts Wesentliches verändert; sie sei nach der letzten Sitzung beruhigt und mit neuer Kraft weggegangen, habe erstmals wieder gut geschlafen, aber sie merke eben, daß sie am Ende sei. Ihre Schilddrüsenstörungen nähmen wieder zu, sie habe ein vermehrtes Glänzen der Augen bemerkt, habe mehrmals Durchfall am Tag und spüre eine starke innere Unruhe. Sie habe sich zu einer Schilddrüsenprüfung angemeldet und wolle einer erneuten Krise durch vermehrte Aufmerksamkeit für ihren Körper begegnen. Das äußere sich so, sagt sie auf meine Nachfrage, daß sie sich selbst nachgebe; sie gestehe sich ihre Kraftlosigkeit und Schlappheit ein, warte eben ab, bis ihre Mutter wieder aus dem Haus sei, was in einigen Wochen der Fall sein werde. Zuhause hänge sie eben jetzt mal herum und lasse alles hängen. Auf meine Frage, wie sie das mache, erzählt sie, neulich sei sie eben arbeiten gefahren und habe nach eineinhalb Stunden, als sie völlig fertig gewesen sei, einfach aufgehört und sei im Auto sitzengeblieben, während ihr Mann zu den Kunden gegangen sei. Zuhause könne sie sich nicht entspannen; wenn sie es versuche, werde sie nervös, auch Bier helfe da nichts. Dann arbeite sie eben im Haushalt, und da spüre sie dann wieder Kraft. Sie wisse einfach nicht mehr aus noch ein, wisse nicht,

was mit ihr los sei, könne nichts mehr verstehen, sei durcheinander und am Ende ihrer Kräfte; auch ihrem Mann gehe es so. Mit einem Mal hört Frau B auf zu reden, sagt, sie wisse nichts mehr zu sagen, fühle sich aber ganz ruhig. Frau B sitzt einfach nur so da und schweigt. Nach einer geraumen Weile frage ich sie, ob das denn sein dürfe. Sie bejaht und fügt hinzu, sonst hätte sie aber doch immer jede Minute ausgenützt. Sie fühle sich einfach nur ruhig. Ich will wissen, wo sie diese Ruhe spüre, und sie meint, in der Brustgegend, aber auch am ganzen Körper. Ich fordere sie auf, für eine Weile nur diese Ruhe zu spüren. Frau B gähnt mehrmals und fängt sichtlich an, sich zu entspannen. Dann spürt sie eine Traurigkeit in sich aufsteigen. Sie ist traurig darüber, daß diese Zeit der Sitzungen mit mir nun bald zu Ende ist, damit hat sie während der ganzen Wochen gar nicht gerechnet. Frau B sagt, sie habe bei mir immer so viel Kraft, psychische Kraft bekommen. Im weiteren Gespräch unterhalten wir uns noch einmal über weitere therapeutische Möglichkeiten, über eine Kur in einer psychosomatischen Klinik und über andere Formen der Therapie, zum Beispiel Maltherapie, die ich ihr als Anschlußtherapie vorschlage. Frau B will auch unbedingt weitermachen. Dann erzählt mir Frau B ein Erlebnis, das sie als Gast bei einer kleinen Gesellschaft hatte. Sie beschreibt, daß ihr bewußt geworden sei, wie sie sich in Gesellschaft nicht beachtet und zurückgesetzt fühle, wie sie aber ihrerseits sich zurückziehe und nicht mit den anderen Leuten rede. Sie habe stattdessen versucht, der Gastgeberin zu helfen, und als diese sie nicht gebraucht habe, sei ihr klar geworden, daß sie wieder einmal lieber etwas für andere hätte tun wollen, um dadurch Beachtung zu erhalten. So etwas wiederhole sich bei ihr immer wieder, und sie sehe das jetzt viel deutlicher. Im Anschluß daran sprechen wir noch bis zum Ende der Sitzung

über das Sich-Beachten, das Beachtetwerden und die Beachtung der anderen. Dabei kommen wir auch wieder auf ihren Sohn zu sprechen, den zu achten ihr offensichtlich recht schwerfällt, und Frau B erinnert sich noch einmal, wie sehr ihr die Beachtung von Seiten ihrer Mutter gefehlt hat.

Am Ende dieser vorletzten Sitzung ergibt sich erfreulicherweise für mich doch, daß bei Frau B ein Prozeß der Bewußtwerdung in Gang gekommen ist und daß sie die Anregungen zu einem neuen Umgang mit sich selbst - auf ihre Weise und nach ihrem Maß - hat umsetzen können. Ich bin froh, daß sie entschieden ist, noch mehr für sich zu tun. Außerdem bestätigen mir ihre Aussagen über die Kraft, die sie bei mir immer bekommen hat, wie wesentlich die Beachtung und die Aufmerksamkeit waren, die ich ihr zu schenken versuchte, und die auf einer vollkommen prä- und nonverbalen Ebene abgelaufen sind. Auf dieser Ebene, die der frühkindlichen Zeit entspricht, fand möglicherweise die ganze Zeit über die eigentliche Therapie für Frau B statt: dem großen Mangel an Liebe und an dem Gefühl des Angenommenseins ein wenig abzuhelfen.

Frau B kommt mit großer Zufriedenheit in die letzte Sitzung. Sie meint, es gehe ihr sehr gut jetzt, die Beziehung zu ihrem Mann habe sich entscheidend gebessert, seit sie ihm im Streit ihre Meinung bezüglich ihrer sexuellen Beziehung gesagt habe. Auch mit der Mutter ginge es wesentlich besser, die sei geradezu lustig. Endlich schaffe sie es, im Haushalt auch mal etwas liegen- und stehenzulassen, und das erleichtere sie enorm. Im Geschäft könne sie auch mal nichts tun und sich einen Tag lang hängen lassen; ihr sei aufgefallen, daß sie dann dafür an anderen Tagen bessere Abschlüsse mache. Auch mit der Schilddrüse ginge es ihr jetzt wieder viel besser, also insgesamt sei alles recht gut; sie werde aber auf jeden Fall die Funktionsprüfung machen

lassen und eine Kur anstreben. Schließlich meint sie, es kämen ihr aber doch leise Zweifel, ob sie nicht unbewußt alles abblocke, weil das Programm zu Ende sei. Ich finde, das könne durchaus so sein, es gebe auf jeden Fall noch eine Menge zu tun für sie, trotz allem, was sie erreicht habe. Ich rate ihr, sich um weitere psychosomatische Hilfe zu bemühen. Dann bitte ich Frau B noch, sie solle sich vorstellen, der Ohrton würde wieder belastender werden; was würde sie dann tun, will ich wissen. Zunächst einmal würde sie auch Übungen machen, dann mit ihrem Mann reden, um die Situation zu klären, in der das passiert; sie würde versuchen, in ihrem Körper nachzuspüren, würde nachdenken und so weiter. Frau B meint, sie habe gelernt, mit ihrem Ohrton umzugehen und auf ihren Körper zu achten und hinzuhören.

Nach den audiometrischen Kontrollmessungen und nachdem ich Frau B den Fragebogen zur Nachuntersuchung vorgelegt habe, verabschiede ich sie in der Hoffnung, daß sie den nunmehr eingeschlagenen Weg auch weitergeht.

Mit Frau B war eine Frau zu mir gekommen, die nach einer Reihe von vergeblichen Versuchen endlich bereit schien, wirkliche Hilfe zu suchen und anzunehmen. Sie hat mehr als vierzig Jahre versucht, mit ihrem Leben und ihrem Schicksal zurechzukommen und war während der vergangenen zwei Jahre mehr oder weniger dem Zusammenbruch nahe. Unser Programm in Anspruch zu nehmen, war für sie schon ein großer Schritt, wenngleich es nur ein erster Anfang war. Frau B hat einigen Einblick in ihre verworrene und schwierige Lage gewonnen; sie hat angefangen, das eine oder andere in ihrem Leben zu verändern und scheint bereit, noch mehr für sich zu tun. Ihr Leiden am Ohrton ist in dem Maße geringer geworden als der ganze Komplex ihres Leidens überhaupt geschrumpft ist. Was in diesen zehn Sitzungen geschehen ist, war überraschend

viel, und mehr war realistischerweise nicht zu erwarten.

f. Patient C

Das Erstgespräch mit Herrn C, einem 23 Jahre alten Physikstudenten, der seit einem halben Jahr an einem beidseitigen Tinnitus leidet, dauert aus terminlichen Gründen nur etwa eine Viertelstunde. Herr C berichtet, er habe in der Silvesternacht mit einem Freund Knallkörper abgebrannt. Nach einigen Wochen habe er erstmals einen leisen Ohrton wahrgenommen; dieser sei dann vor einem halben Jahr sehr laut geworden und auch, abgesehen von geringfügigen Schwankungen, so geblieben. Der Ohrton sei ihm nahezu unerträglich, und es falle ihm dadurch auch sehr schwer, sich zu konzentrieren. Er habe schon alles Mögliche versucht, angefangen von durchblutungsfördernden Medikamenten und der Anprobe eines Tinnitus-Maskers bis hin zu homöopathischen Mitteln und Autogenem Training; es habe aber nichts wirklich geholfen, und am liebsten würde er sich operieren lassen, wenn es eine Möglichkeit dazu gäbe. Er habe sich auch in der neuesten Literatur über Tinnitus-Therapie belesen, sei aber nicht fündig geworden. Das einzige, was ihm vorübergehend helfe, sei die Vertäubung durch Außengeräusche; wenn er lerne, habe er jetzt immer einen Zimmerspringbrunnen laufen, damit ginge es dann einigermaßen. Ich sage ihm, Neueres als er wisse ich wohl auch nicht; in unserem Programm ginge es jedenfalls darum, die persönlichen, subjektiven Anteile an seinem Leiden kennenzulernen und zu einem neuen Umgang mit dem Ohrton zu finden. Herr C meint, sein Tinnitus sei ja doch durch das Knalltrauma ausgelöst worden. Ich erwidere ihm, selbst wenn es so sei, käme es immer noch darauf an, wie er nun in dieser Situation zurechtkomme. Herr C findet dann, er wolle auf jeden Fall diese Möglichkeit nutzen. Daraufhin lege ich Herrn C den Kurzfrage-

bogen zur audiologischen Anamnese vor, aus dem nur wenig mehr als das bisher Gesagte hervorgeht; der Ohrton stört Herrn C vorwiegend in ruhiger Umgebung und bei dem Versuch, sich zu konzentrieren; bei bestimmten Kieferbewegungen wird das Ohrensausen stärker. Herr C kann sich nur schwer vorstellen, mit diesem Ohrton weiterhin leben zu können.

Herr C hinterläßt bei mir den Eindruck eines verzweifelten und deprimierten Menschen. Er leidet erheblich unter seinem Ohrton und sieht in dem Knalltrauma, das wohl den Tinnitus auslöste, die einzige Ursache für sein Leiden. Er versucht mit allen Mitteln, den Ohrton zu beseitigen und scheint bei seinem Kampf mit dem Tinnitus die Rolle zu übersehen, die seine persönliche Reaktionsweise spielt. Die Zermürbung, die dieser Kampf mit sich bringt, steht Herrn C ins Gesicht geschrieben. Was mir außerdem bei dieser ersten Begegnung an ihm auffällt, ist seine äußerst drahtig wirkende körperliche Erscheinung, die wenig Raum läßt für ein volles und tiefes Atmen, für eine sich breit machende Entspannung.

Herr C schickt den ausgefüllten Fragebogen zur Anamnese und die ebenfalls geforderte Liste umgehend zurück. In bezug auf den Ohrton geht daraus noch hervor, daß er ihn außer in relativ lauter Umgebung ständig hört; er ist immer präsent, nur manchmal subjektiv leiser, zum Beispiel bei der Beschäftigung mit Hobbys oder bei sozialen Kontakten oder auch einmal unmittelbar nach dem Aufwachen. Herr C fühlt sich, was den Ohrton angeht, unter Dauerstreß; im übrigen fühlt er sich nicht streßbelastet. Seine größte Angst besteht darin, daß der Ohrton, den er mit dem Geräusch von Leuchtstoffröhren oder Klimaanlagen vergleicht, immer lauter wird. Herr C ist ledig, hat keine Kinder und wohnt

bei einem Onkel in Untermiete. Er arbeitet vorwiegend allein und hat im übrigen eher wenig sozialen Kontakt; etwa acht Stunden am Tag ist er allein. Er hält sich für teilweise wenig gesprächig und sieht sich als ziemlich empfindlichen Menschen. Der Tinnitus ist seiner Meinung nach die Ursache dafür, daß er häufig Angst hat, niedergeschlagen und bedrückt ist. Herr C leidet abgesehen von einer Allergie, gegen die eine Hyposensibilisierungsbehandlung eingeleitet wurde, an keiner sonstigen Krankheit. Als Kind hatte er Asthma; irgendwelche Streßbelastungen, die damit in Zusammenhang gestanden sein könnten, sind ihm nicht bewußt.

Auch bei Herrn C beginne ich die erste Sitzung mit einer stillen Minute; dabei steht der Ohrton völlig im Vordergrund. Herr C spricht davon, wie sehr ihn der Ohrton beunruhige; er habe auch immer wieder heftige Weinkrämpfe und werde sehr traurig. Ich frage ihn, wie es denn vorher gewesen sei. Er meint, vorher sei er zwar auch ab und zu traurig und melancholisch gewesen, aber mehr aus unbestimmten Gründen. Ich bitte ihn, mir zu erzählen, wie er aufgewachsen sei. In seinem anschliessenden, recht knappen Bericht spielt immer wieder das Wort "normal" eine Rolle: er sei ganz normal aufgewachsen, ein normales Kind gewesen, habe ein normales Familienleben mit Vater und Mutter und einer Schwester gehabt und so weiter. Ich weise ihn darauf hin, wie oft das Wort "normal" bei ihm vorkommt und will wissen, was das für ihn bedeute, normal zu sein. Er meint dazu nur knapp, es habe eben keine besonderen Probleme gegeben, es sei halt normal gewesen. Im weiteren Verlauf des Gesprächs, das ich immer wieder aktiv durch Fragen anstoße, kommen wir noch einmal auf die Traurigkeit zu sprechen. Ich schlage Herrn C vor, sich seine Traurigkeit, die ihm irgendwie lästig zu sein

scheint, gegenüberzusetzen und mit ihr einen Dialog zu führen. Er geht auf meinen Vorschlag ein, weiß aber kaum etwas zu sagen, so daß der Dialog äußerst zähflüssig ist. Als "seine Traurigkeit" sagt er, sie gehöre zum Leben. Als er selbst antwortet er darauf, sie, die Traurigkeit, sei sinnlos, und er werde versuchen, sie zu vermeiden. Die Antwort der Traurigkeit lautet: "Ich werde mich aber immer wieder einschleichen". Anhand dieser Aussagen versuche ich, Herrn C klar zu machen, wie sich seine Traurigkeit nicht einfach abwimmeln lasse, sondern auch ihren Platz in ihm beanspruche. Herr C meint dazu, es sei aber doch vorher alles anders gewesen und der Anlaß, die Silvesterknallerei, sei auch eigentlich unbedeutend gewesen. Es ginge alles auf den Tinnitus zurück und da müsse man doch irgendetwas dagegen machen können; ob es nicht eine operative Möglichkeit gebe. Während er spricht, fällt mir ein mürrisch-beleidigter Ton in seiner Stimme und eine entsprechende Mimik auf, die meinen Eindruck, Herr C wolle die persönliche Verantwortung für seinen Ohrton lieber nicht übernehmen , verstärken. Dies veranlasst mich, ihn darauf hinzuweisen, er habe ja doch eigentlich selber mit diesem Knall eine radikale Veränderung seines Lebens eingeleitet. In dem nachfolgenden Gespräch stoßen wir wieder auf die Traurigkeit von Herrn C und auf seine Angst, doch meine Versuche, ihn zum Erspüren und Wahrnehmen dieser Gefühle einzuladen, geraten zu einer Art Zick-Zack-Lauf. Ich teile Herrn C meinen Eindruck mit, und wir sprechen eine Weile über seinen Zugang zu seinen Gefühlen. Schließlich gehe ich zur ersten Übung über, bei der Herr C gut mitmacht. Dabei fällt mir noch einmal seine Körperhaltung auf: in der stark eingesunkenen Brust wird mir die Niedergeschlagenheit und Be - drücktheit deutlich, in der Herr C lebt. Ich trage Herrn C zum Schluß auf, er solle in der kommenden Woche seiner Traurigkeit

bewußt Aufmerksamkeit schenken.

Diese erste Sitzung verlief nach meinem Gefühl recht zäh. Wie in allen ersten Sitzungen dieses Programms stand ich auch hier unter dem - selbstgewählten - Anspruch, einen ersten Zugang zu schaffen und habe daher den Gesprächsprozeß immer wieder von mir aus unterhalten und angeregt. Ich sehe im nachhinein bei Herrn C einen kräftigen Widerstand am Werk, der sich oberflächlich-rational etwa so äußert, daß er selbst, als Person, mit dem Tinnitus doch gar nichts zu tun hat; im Bereich der Gefühle drückt sich dieser mangelnde Kontakt zu sich selbst genauso aus.

Herr C wirkt zu Beginn der zweiten Sitzung auf mich ganz erfrischt; er hat sein Aussehen dadurch verändert, daß er bei seinem Brillengestell den dunkelfarbigen Überzug entfernt und dadurch das glänzende Messing zum Vorschein gebracht hat. Ich spiele bei diesem Anblick mit dem Gedanken, ob er wohl anfange, die Dinge durch eine andere Brille zu sehen. Er berichtet zunächst auf meine Nachfrage von seinen Erfahrungen mit der Entspannungsübung, die ihm sehr gut getan habe. Vor allem sei ihm dabei die starke Spannung im Gesicht aufgefallen. Ich sage ihm, welchen Eindruck ich das letzte Mal von seiner Stimme und Mimik gehabt hätte. Er meint dazu, das habe er noch nicht bemerkt. Anschließend gehen wir schon bald zur zweiten Übung über; ich habe wenig Lust, immer wieder Anstöße zu geben und will sehen, was von Herrn C selber kommt. Beim ersten Teil der Übung bemerkt Herr C, daß er dem Ohrton relativ gelassen zuhören kann, obwohl er sehr intensiv ist; das ist eine neue Erfahrung für ihn. Der anschließende Dialog mit dem phantasierten, personifizierten Ohrton gestaltet sich wieder etwas schwierig. Herr C weiß weder viel zu sagen noch zu fragen. Immerhin läßt er sich "als Ohrton" sagen, er sollte vielleicht irgendwelche Gewohnheiten ändern.

Ich frage Herrn C, wie er denn so lebe, was er für Lebensgewohnheiten habe. Seine Antwort lautet: "Man lebt halt irgendwie". Ich finde, auch das sei eine Lebensgewohnheit und sie bestehe wohl, wie das "man" und das "irgendwie" mir zeigten, in einer gewissen Unpersönlichkeit, Unverbindlichkeit und Unbestimmtheit, wie sie ja auch in dem Dialog zum Ausdruck gekommen seien. Ich frage Herrn C, ob das für ihn einen Sinn ergebe und wie es in seinen Beziehungen zu anderen Menschen sei. In bezug auf seine Mitstudenten, meint er, bleibe er mehr für sich, und Mädchen traue er sich nicht so recht anzusprechen; da denke er auch immer, die würden bestimmt nichts mehr von ihm wissen wollen, wenn er ihnen von seinem Ohrtonproblem erzählen würde. Es fehle ihm da einfach an Selbstvertrauen, der Ohrton sei ein großes Hindernis. Im weiteren Verlauf des Gesprächs kommen wir auch noch darauf, wie sehr Herr C sich immerzu Gedanken macht, grübelt, sich alles mögliche Schreckliche vorstellt und ausdenkt - vor allem im Zusammenhang mit dem Ohrton. Ich schlage ihm ein Experiment vor; während er darüber nachdenkt, ob er darauf eingehen will, unterbreche ich ihn und frage ihn: "Wie denken Sie?" Herr C meint, er denke eigentlich immer in Kreisen, komme immer wieder auf dasselbe zurück. Ich will wissen, was er beim Denken mit dem Kopf mache, und er bemerkt, daß er meistens den Kopf dabei nach vorn streckt und nach oben zur Decke schaut. Diese Haltung war mir schon aufgefallen, und ich sage, daß er auch sonst den Kopf nach vorne strecke. Ich trage ihm auf, in der nächsten Zeit vermehrt darauf zu achten; außerdem bitte ich ihn noch, auf seine Stimme zu hören und seinen Satz "Man lebt halt irgendwie" zu meditieren, d.h. im Sinn zu behalten, sich immer wieder einmal an ihn zu erinnern, ihn wie eine Art Losung in sich zu bewegen. Schließlich schlage

ich ihm vor, er solle sich - mehr als Spiel - bei Mädchen, denen er auf der Straße begegnet, überlegen, was er ihnen jeweils gerne sagen möchte.

Am Ende dieser zweiten Sitzung scheint Herr C sich dieser Art von "Behandlung" des Ohrtons schon etwas geöffnet zu haben. Ich denke mir, daß ein Grundthema unserer gemeinsamen Arbeit die persönliche Selbstentfaltung im Gegensatz zur unpersönlichen Normalität sein wird, die im Selbstbild von Herrn C einen großen Raum einnimmt. Außerdem wird mir immer klarer, wie Herr C an seinem Ohrton die verschiedensten Probleme und Konflikte festmacht, die für mich ohne Zweifel nicht erst mit dessen Auftreten entstanden sind, sondern schon vorher existiert haben und wirksam waren.

In der dritten Sitzung berichtet Herr C - zum ersten Mal von sich aus und etwas ausholender - es sei ihm in der vergangenen Woche ganz gut gegangen. Gestern abend habe er allerdings wieder einmal nicht einschlafen können wegen des Ohrtons, obwohl gar nichts Besonderes losgewesen, alles ganz normal gelaufen sei. Ich will wissen, was denn gestern so passiert sei. Er erzählt, er habe bis nachts um halb elf Uhr gearbeitet und sei dann ins Bett gegangen. Nach einer Weile fällt ihm ein, er sei da aber noch nicht müde gewesen, er habe sich schlafen gelegt und wollte auch gleich einschlafen, um am andern Morgen wieder früh aufzustehen. Ich mache Herrn C darauf aufmerksam, daß und wie er dabei sich zu manipulieren versuche. Das leuchtet ihm auch ein, und er erinnert sich, daß er das öfters so mache. Wir reden noch eine Weile darüber, und dann frage ich Herrn C nach seinen Erfahrungen mit der zweiten Übung. Er erzählt, der Ohrton habe ihm - er sich selbst natürlich - gesagt, er sollte seine Lebensumstände ändern. Ich frage ihn, unter welchen Lebens-

umständen er lebe. Er antwortet, er habe zu wenig Kontakt zu anderen Menschen, sei isoliert, habe keine Frau und sei unzufrieden mit seiner Wohnsituation, der Kontakt zu seinem Onkel sei nicht besonders angenehm. Aber der Ohrton hindere ihn immer wieder daran, sich aufzuraffen. Ich sage Herrn C, ich hätte den Eindruck, er hänge alles Mögliche am Ohrton auf. Daraufhin führt er lange aus, wie eben doch der Ohrton der Hinderungsgrund sei. Ich spüre eine wachsende Ungeduld bei mir und beschließe, Herrn C ausführlich zu erläutern, wie ich seine Ohrton-Problematik sehe und wozu sie wohl gut sein könne. Ich meine, daß es bei ihm darum geht, in jeder Hinsicht den Eintritt ins Erwachsenenalter zu vollziehen, das heißt, selbständiger zu werden, seine Persönlichkeit zu entfalten, eigenständige Kontakte zu anderen Menschen, Frauen zumal, aufzunehmen. Als er mich fragt, wie er das machen könne, antworte ich ihm, der erste Schritt dazu sei, sich selbst als Person wahrzunehmen und kennenzulernen, die eigenen Bedürfnisse, den eigenen Körper, seine Gefühle zu spüren, seine Denkmuster kennenzulernen. Ich trage ihm am Schluß der Stunde, nachdem wir noch kurz über die dritte Übung gesprochen haben, auf, er solle in den folgenden Tagen darauf achten, wie oft und wann er von "man" rede, wenn er sich meint. Außerdem, da im Zusammenhang mit dem Ohrton das Thema Angst aufgetaucht war, sage ich ihm, er solle sich mit seiner Angst beschäftigen, sie zu erspüren versuchen, den Zusammenhang mit der Atmung, mit dem Denken beachten, seinen Umgang mit der Angst studieren usw.

Mir scheint nach dieser Sitzung , daß ich bei Herrn C wohl zum Teil eine erzieherische Funktion habe: nämlich ihn darin zu fördern, das Jugendalter hinter sich zu lassen.

Herr C kommt mit der erfreulichen Nachricht in die vierte Sitzung,

es sei ihm in der vergangenen Woche in bezug auf den Ohrton gut gegangen; er sei zwar nicht weg, aber er habe ihn gut ertragen können und sich nicht mehr niedergeschlagen gefühlt. Er habe sich mit der Frage beschäftigt, wo seine Angst sitze und ob sie auch vor dem Ohrton schon dagewesen sei. Er habe die Angst vor allem im Bauch gespürt, und wenn er Angst habe, halte er immer die Luft an - er müsse dann immer bewußt Luft holen. Die Angst habe sich auch schon vor jenem Knall bemerkbar gemacht, er habe sich da auch immer so melancholisch gefühlt. Am stärksten seien diese Gefühle gewesen, als er so fünfzehn bis sechzehn Jahre alt gewesen sei. Ich frage ihn, was damals passiert sei. Er erzählt, er sei eben damals in der Pubertät gewesen und da seien halt auch die Mädchen wichtiger geworden. Er habe aber keine Freundin gehabt, im Gegensatz zu seinem besten Freund, der mehr eine Art Lebemann gewesen sei und immer - auch für ihn - alles Mögliche organisiert und unternommen habe. Er sei dann irgendwie verschlossener geworden, habe sich zurückgezogen, sei viel zuhause in seinem Zimmer gesessen, habe Musik gehört und auch viel gelernt. Auf meine Frage, welche Gefühle er da wohl zurückgehalten und in sich eingeschlossen habe, meint er, eben diese Melancholie, die Traurigkeit, aber auch Sehnsucht und Liebesgefühle. Später sei es dann in der Weise weitergegangen. Im weiteren Gespräch geht es um den Zugang zu Mädchen, und ich frage Herrn C, wie er versuche, Kontakt aufzunehmen. Er erzählt von seinen gescheiterten oder vergeblichen Bemühungen und versucht auf meinen Vorschlag hin in einem Rollenspiel herauszufinden, wie er sich dabei verhalten und gefühlt hat. Im Anschluß daran zeige ich Herrn C zwei bioenergetische Körperübungen, die ihn sichtlich und für ihn selbst spürbar beleben und neue Kräfte in ihm wecken. Ich empfehle ihm, diese Übungen täglich zu machen und habe dabei im Sinn, daß der Zuwachs an Energie, Schwung und Lebendigkeit

und das vermehrte Spüren und Erleben seines Körpers, das er durch diese Übungen erfahren kann, seiner Lethargie zusätzlich entgegenwirken könnten. Nachdem wir dann die vierte Übung besprochen haben, reden wir zum Schluß der Sitzung noch einmal über den freundlich-aufmerksamen Umgang mit sich selbst als Voraussetzung für eine Öffnung nach außen, gegenüber anderen Menschen. Herr C meint, es ginge bei dieser Art von Umgang mit sich ja eigentlich darum, sich zu pflegen, seine Hobbys zu pflegen, seine Freundschaften zu pflegen, sein eigenes Leben zu pflegen. Ich bin damit sehr einverstanden und freue mich am Ende dieser Sitzung in dem Gefühl, Herr C habe nun für sich persönlich verstanden, was bei ihm zur Zeit ansteht.

Zu Beginn der fünften Sitzung berichtet Herr C, es gehe ihm nicht so gut, seit zwei Tagen sei er wegen seines Ohrtons wieder niedergeschlagen; er habe Angst, er könnte immer lauter werden. Herr C fängt an zu weinen, hört aber bald wieder auf. Ich frage ihn, ob er sich denn auch weinen lasse in solchen Situationen. Er bejaht, fügt aber hinzu, er sei dabei allein. Ich fordere ihn auf, mit seiner Aufmerksamkeit nur bei seinen Gefühlen zu bleiben und bei dem, was er körperlich spürt. Nach einer Weile fängt Herr C wieder an zu reden und erzählt, wie er sich durch immer schlimmere Vorstellungen und Katastrophenerwartungen in diese schreckliche Angst bezüglich seines Ohrtons hineinsteigert. Ich lasse ihn reden und höre nur zu; als er aufhört, folgt ein langes Schweigen. Dann sagt Herr C, jetzt höre er wieder hin - auf den Ton nämlich. Im nachfolgenden Gespräch geht es darum, wie Herr C seinen Tinnitus hört. Er sagt unter anderem, er höre ihn immer. Ich frage ihn, was "immer" heiße und ob er bereit sei, dieses "immer" in einem Experiment zu überprüfen. Er bejaht, und ich schlage ihm vor, mir über einen längeren Zeitraum

kontinuierlich mitzuteilen, was im jeweiligen Moment im Vordergrund seiner Aufmerksamkeit steht. Herr C fängt an: "Jetzt höre ich auf meinen Ton. Jetzt denke ich nach. Jetzt höre ich wieder hin." In dieser Weise fährt er fort, ab und zu durch meine Frage "Und jetzt?" unterbrochen. Dabei entsteht viel Heiterkeit, und Herr C stellt fest, daß er durchaus nicht immer seinen Ohrton hört, sondern daß die Wahrnehmung auch durch eine aktive Zuwendung der eigenen Aufmerksamkeit zustandekommt. An diesem Beispiel wird deutlich, wie Herr C sich - und das gilt nicht nur für den Ohrton - an gedanklichen Konstrukten festhält, und diese Art von Experimenten dient dazu, solche abstrakten Wirklichkeitskonstruktionen am konkret und sinnlich Erlebbaren zu überprüfen. Herr C neigt in seiner Angstreaktion zum Grübeln, zum Nachdenken, dazu, in eine abstrakte Gedankenwelt "abzuheben"; dadurch wird nicht nur die Angst größer, sondern auch der Kontakt zum Boden, zum Körper und zu den Sinnen, wird geringer. Um dem entgegentreten zu können, schlage ich Herrn C nun eine Körperübung vor, durch die er im Sinne einer Erdung seine Gedankenwelt verlassen und wieder Boden unter den Füssen gewinnen kann. Er läßt sich auf die Übung ein und fühlt sich anschliessend wacher, präsenter, mehr in seinem Körper als vorher; außerdem stellt er fest, der Ohrton sei klarer und intensiver geworden während der Übung. Im darauffolgenden Gespräch wird mir noch einmal mit aller Deutlichkeit bewußt, wie ausgiebig sich Herr C offenbar mit seinem Ohrton beschäftigt; er scheint bei aller Angst gleichzeitig wie gebannt von diesem Phänomen zu sein, registriert immer wieder mit großer Neugier die geringsten Nuancen und hört absichtlich und mit entsprechenden Kopfbewegungen hin, ob der Ton noch und wie er jeweils vorhanden ist. Ich vermute, daß der Ohrton - bei allem Leiden - für ihn sehr interessant

ist, ja sogar, daß er eine Art akustischer Schauplatz ist, dem er sich immer dann zuwendet, wenn sonst nichts passiert, was seine Aufmerksamkeit fesselt. Ich spreche Herrn C auf diesen Teilaspekt seines Umgangs mit dem Ohrton an; er kann sich aber kaum mit meinen Vermutungen anfreunden. Zum Schluß der Sitzung besprechen wir noch die fünfte Übung, die ich gerade ihm dringlich nahelege; zusätzlich fordere ich ihn noch auf, die Übungen der heutigen Sitzung auch für sich allein zu machen.

In die sechste Sitzung kommt Herr C mit der Nachricht, er fühle sich ausgezeichnet; die letzte Woche sei "hervorragend" gegangen, er habe immer leicht und schnell einschlafen können; die Körperübungen habe er viel gemacht, und sie vermittelten ihm ein neues und starkes Körpergefühl; auch die fünfte Übung tue ihm sehr gut. Der Ohrton sei viel erträglicher und er könne jetzt auch konzentrierter arbeiten. Er habe sich auch mit dem "immer" auseinandergesetzt und dabei Folgendes erkannt: der Ohrton sei nicht immer vorhanden, d.h. er sei ihm nicht immer bewußt, und diese Erkenntnis helfe ihm auch. Der Tinnitus sei aber in der Lautstärke und in der Intensität unverändert, und es gebe keine Momente, wo er mal beim bewußten Hinhören nichts höre. Später erzählt Herr C von seinem langjährigen Freund, der immer alles organisiere usw.; er sei seit eineinhalb Jahren mit ihm zerstritten, obschon sie immer noch beide in der gleichen Clique seien. Gerade eben bahne sich nun eine Verständigung an, die über einen dritten, gemeinsamen Freund laufe. Ich nehme diese Geschichte zum Anlaß, die sechste Übung zu besprechen und mit Herrn C durchzuführen. Dabei spielt er in einem Dialog ein Gespräch mit seinem Freund durch. Dieses Rollenspiel zeigt mir noch einmal, wie unpersönlich und abstrakt seine Begegnungen und Beziehungen sind; er spricht zum Beispiel davon, daß man

doch wieder "normale Verhältnisse herstellen" könnte. "Ich" zu sagen oder seine Gefühle mitzuteilen, fällt Herrn C sichtlich schwer, und daraufhin angesprochen, meint er, so etwas koste Kraft, Substanz. Er probiert es schließlich aus, persönlich zu werden, und das Gespräch gewinnt an Klarheit, Verbindlichkeit und Tiefe. Mit diesen erfreulichen Ergebnissen endet die sechste Sitzung, und ich bin sehr froh über die Entwicklungsfortschritte, die Herr C nun macht.

In der siebten Sitzung erzählt Herr C zunächst, es sei ihm gut gegangen in der letzten Zeit; nur am Wochenende sei es wieder schlimm gewesen, obwohl nichts Besonderes gewesen sei. Aber er habe wieder Angst bekommen, der Ton könnte vielleicht doch immer lauter werden; er habe dann die ganze Zeit gegrübelt und sich immer wieder gefragt, ob es nicht doch eine "medizinische" Lösung gebe, ob man ihm nicht vielleicht irgendwie das Innenohr operieren könne usw. Außerdem habe am Wochenende dann auch wieder das Problem "Freundin" eine Rolle gespielt; er habe zwar über ein Institut für Partnerschaftsanbahnung versucht, eine Freundin zu finden, habe sich aber nun wieder gedacht, das werde ja doch nichts. Man habe ihm sogar die Adresse eines Mädchens vermittelt, aber er habe insgeheim gehofft, es werde nicht zuhause sein, wenn er anzurufen versuche. Als er es dann getan habe, sei es auch prompt so gewesen. Ich will wissen, was denn sonst am Wochenende noch gewesen sei. Er meint, er habe lernen wollen, obwohl er keine Lust gehabt habe; dann sei der Ohrton wieder so laut gewesen, daß er schließlich doch nicht habe lernen können. Ich frage ihn, wozu ihm also da der Ohrton diene, wozu er gut sei, welche Vorteile er ihm bringe. Er findet, eigentlich bringe er ihm keine Vorteile, aber er diene ihm wohl als Entschuldigungsgrund. Wir reden daraufhin eine Weile über dieses Thema. Unter anderem

frage ich ihn auch, was ich schon ein paar Mal vermutet hatte, ob er mit Hilfe des Ohrtons nicht vielleicht etwas Besonderes sein wolle, ob er sich durch den Ohrton als ein ganz bestimmtes Individuum von den andern abheben wolle, ob er ihm auch dazu diene, eben nicht "normal" zu sein. Herr C erzählt daraufhin, daß er im Gespräch mit anderen Leuten, wenn er selbst intensiv beteiligt sei, den Ohrton oft gar nicht wahrnehme. Dann passiere es ihm manchmal urplötzlich, daß er den Ton hört. Und da fühle er sich tatsächlich schlagartig draußen, nicht mehr dazugehörig, nicht mehr heimisch. Ich vermute, daß Herr C solche Gefühle auch schon in der Zeit vor dem Auftreten des Ohrtons gekannt hat und frage ihn danach. Er versucht sich zu erinnern und kommt schließlich darauf, daß er sich früher in seiner Traurigkeit auch immer anders als die anderen und unverstanden gefühlt hat. Im weiteren Grspräch will ich wissen, was ihm die Traurigkeit damals außer dem Gefühl des Andersseins noch gebracht habe. Er antwortet, sie habe ihm Trost gebracht, er habe irgendwie darin schwelgen können, überhaupt sei es eben ein sehr starkes Gefühl gewesen. Dann sagt er, er habe sich damals immer gewünscht, einen richtigen Grund für seine Traurigkeit zu haben; er sei immer grundlos traurig gewesen. Jetzt habe er einen Grund, und den wolle er aber so schnell wie möglich wieder loswerden. An dieser Stælle wird Herrn C wieder einmal sehr klar, wie der Ton mit seinem Leben, seiner Lebensgestaltung auch, zusammenhängt. Etwas später meint er, es fehle ihm irgendwie an Daseinsfreude. Ich frage ihn, wie denn das in seiner Familie mit der Lebensfreude sei. Er erzählt daraufhin, sein Vater genieße sein Leben sehr. Er habe mit zweiundzwanzig Jahren aus eigener Kraft eine Hautkrankheit überstanden, die nach Meinung der Ärzte tödlich gewesen sei. Seither genieße er, wie er selber sage, jeden Tag.

Ich frage Herrn C, der seinen Tinnitus immer wieder als schwere Behinderung, geradezu als Stigmatisierung darstellt und sich im Grunde genommen dadurch vor eine ähnliche Aufgabe stellt wie sein Vater, wie dieser es denn geschafft habe. Er antwortet darauf: "Er wollte unbedingt leben". "Und Sie?" frage ich ihn wieder. Er meint, leben wolle er auch, aber ... und fügt seine Bedingungen an. Anhand dieser Aussagen mache ich ihm deutlich, daß er eben Bedingungen stellt, im Gegensatz zu seinem Vater, der unbedingt, also ohne Bedingungen leben wollte. Er scheint erst dann wirklich leben zu wollen, wenn alles Mögliche sich verändert hat, also zum Beispiel auch der Ohrton verschwunden ist. In diesem Zusammenhang geht es dann auch wieder um seine Beziehungen zu Mädchen, und er ist der festen Überzeugung, daß jede Frau ihn sitzenlassen würde, wenn sie erst von seiner Krankheit erführe. Das aber ist es gerade, was Herr C mit sich selbst macht: er läßt sich im Stich. In dem Maße allerdings, in dem er seinen Ohrton nun akzeptiert, erkennt er auch, wie sehr er ihn als Projektionsleinwand für die verschiedensten Ängste, Hemmungen und Befürchtungen, für Depression und Verzweiflung benützt. So kommt er darauf, er habe auch schon früher gemeint, "mich mag sowieso keine" und dann eben irgendwie resigniert: "Was soll's also?" und sich zurückgezogen. Auf meine Frage, was denn an ihm so wenig liebenswert sei, weiß Herr C keine Antwort, und es wird deutlich, wie grundlos im doppelten Sinne sein Gefühl, nicht liebenswürdig zu sein, ist - ganz im Verein mit seiner Traurigkeit: es ist nicht nur abgrundtief, sondern auch ohne erinnerbaren Grund. Unser Gespräch über diese offenbar sehr tiefsitzende Problematik setzt sich noch bis zum Ende der Sitzung fort. Damit stehen wir dann vor der dreiwöchigen Pause, und ich fasse

noch einmal zusammen, was im Lauf der vergangenen Wochen an wesentlichen persönlichen Themen im Vordergrund stand; ich fordere Herrn C auf, diese Dinge im Sinn zu behalten und lege ihm nahe, sich einmal ausführlich mit seinem Vater zu unterhalten und ihn zu fragen, wie es ihm gelungen sei, seine Krankheit zu überwinden.

Nach dieser siebten Sitzung rundet sich in mir folgendes Bild von Herrn C ab: Bis zum Auftreten seines Ohrtons hat er - wie unter einer Glocke - in einer sämtliche Facetten seiner Persönlichkeit nivellierenden Normalität gelebt. Mit jenem Silvesterknall hat er sich eigentlich eine Chance gegeben, zu seiner Individualität zu erwachen, und das heißt: zu seiner persönlichen Geschichte und Gegenwart, zu seinem Schmerz und seiner Trauer, aber auch zu seiner Freude und Lebenslust, zu einer persönlich verantworteten Lebensgestaltung und Selbstentfaltung. Die Bewegung, die durch sein Leiden am Ohrton in sein Leben gekommen ist, kann ich als Geburtswehen für ein neues Leben ansehen. Mit jedem Versuch, all die aufbrechenden unvertrauten und intensiven Gefühlserlebnisse, die eigene Erfahrungswelt, auf seine Krankheit zurückzuführen, an ihr gewissermaßen aufzuhängen, und damit seine Normalität zu retten, hemmt Herr C diese "Geburt". Jedesmal, wenn er es wagt,sich zu eigen zu machen und anzunehmen, was er am liebsten gar nicht wahrhaben möchte, fördert er sie. Je mehr er zu sich kommt, desto mehr verblaßt der dämonische Schrecken des Ohrtons. Meine Aufgabe ist die eines Geburtshelfers, und sie verlangt von mir vor allem, Geduld zu haben und zur rechten Zeit das Rechte zu tun, nicht aber, zu drängeln oder mechanisch abzuwickeln, was sich nur organisch, von selbst, in einem Prozeß nach eigenen Gesetzen, entwickeln kann.

Herr C berichtet zu Beginn der achten Sitzung, es sei ihm in der Zwischenzeit gut gegangen; nur in der vergangenen Woche sei es weniger angenehm gewesen. Er habe nämlich über zu lange Zeit laute Musik gehört, und dann sei der Ohrton wieder lauter gewesen, und er habe nicht einschlafen können. Er habe sich übrigens auch mit seinem Vater unterhalten, der ihm erzählt habe, er habe sich damals einfach auf seine eigene Kraft verlassen, Vertrauen gehabt und sein Leben selbst in die Hand genommen. Der Vater finde, sein Ohrton sei nervlich bedingt und er habe einfach immer viel zu viel und viel zu lange gelernt, schon als Junge, aber auch später noch. Er habe ihm vorgeschlagen, doch mal ein Jahr auszusetzen und nur zu tun, was ihm Spaß macht. Wir sprechen eine Weile darüber; ich finde diesen Vorschlag des Vaters ausgezeichnet. Dann fragt mich Herr C, wie er es bloß lernen könne, einzuschlafen, wenn er den Ton so intensiv hört, wie er lernen könne, da nicht zu verzweifeln. Ich frage ihn zurück, wie er das denn mache, zu verzweifeln, wie er sich zur Verzweiflung bringe. Herr C ruft sich ins Gedächtnis, was beim vergeblichen Einschlafversuch vor sich geht, wie er sich im Bett hin- und herwälzt, wie er anfängt, über seinen Ton nachzudenken, wie er ins Grübeln kommt, sich immer katastrophalere Dinge ausmalt und schließlich ganz verzweifelt ist. Es wird ganz klar, wie die Verzweiflung durch das Zweifeln, das Nachdenken, letztlich freilich durch einen tiefsitzenden Mangel an Vertrauen, durch Angst, zustandekommt. Ich schlage Herrn C ein Experiment vor, das ihm zeigen kann, wieviel Raum sein Denken, seine Überlegungen, sein Verstand einnehmen. Ich fordere ihn auf, seine ganze Aufmerksamkeit auf das Ein- und Ausatmen zu lenken und immer dann, wenn er zu denken anfängt, den Finger zu heben und anschließend wieder bewußt zur Atmung

zurückzukehren. Ich überlasse es ihm, mit dem Experiment aufzuhören, und er macht es über lange Zeit. Danach berichtet er, er denke ja wirklich sehr viel; er habe bemerkt, wie er immer wieder schon lange am Nachdenken sei, ehe er es wahrnehme. Für kurze Momente sei er ohne Bewußtsein gewesen wie einer, der am Einschlafen sei. Ich sage ihm daraufhin, die Übung, auf den Atem zu achten und immer wieder zu ihm zurückzukehren, sei auch eine vorzügliche Einschlafübung; er solle dabei aber auf dem Rücken liegen. Dann schließt er noch an, er habe neuerdings immer wieder einmal das Gefühl, als höre er durch den Ohrton hindurch, so wie man Licht nicht mehr wahrnehme, wenn es ständig vorhanden sei. Am Schluß der Sitzung kommen wir noch einmal auf die grundlose Traurigkeit zu sprechen, die Herr C in der Pubertät so intensiv erlebt hatte. Ich bitte ihn, mir zu erzählen, wie das damals gewesen sei, und es gelingt ihm in den folgenden Minuten, weniger formelhaft, wie es oft der Fall war, als vielmehr anschaulich diese Zeit zu schildern. Am Ende stellt er fest, jetzt liebe er - im Gegensatz zu früher, wo ihm das dunkle, Düstere,Melancholische näher gewesen sei - immer mehr das Licht, die Sonne, die Helligkeit. Er habe das Fotografieren, das ihm großen Spaß mache, wieder mehr aktiviert, im Sinne des Pflegens, und seine Vorliebe für das Lichte und Helle zeige sich auch in seinen Fotos.

In die neunte Sitzung kommt Herr C voller Lebhaftigkeit und sieht auch erfrischt und entspannt aus; es geht ihm gut. Er erzählt, er habe die ganze Zeit gut schlafen können; den Ohrton nehme er oft gar nicht wahr, aber er sei auch so aktiv, daß er dafür keine Zeit habe. Er gehe öfters auf Parties, bewege sich mehr, gehe regelmässig zum Schwimmen und auch tanzen

wolle er gehen. Außerdem bahne sich gerade eine Bekanntschaft mit einem Mädchen an, das habe sich so von selber entwickelt. Mit seinem Freund habe er sich auch wieder versöhnt. Er sei ganz zuversichtlich. Dann meint er, für ihn sei das Wesentliche an unseren Gesprächen gewesen, zu lernen und für sich persönlich zu erkennen, daß alles mit allem zusammenhängt, vor allem eben, daß der Ohrton mit seinem Befinden etwas zu tun hat. Gehe es ihm schlecht, sei der Ohrton stärker belastend; gehe es ihm gut, belaste ihn der Ton kaum oder gar nicht. Er habe sogar gemerkt, daß er weniger unter dem Ohrton leidet, wenn die Sonne scheint; bei Regenwetter oder trüben Stimmungen draußen sei es auch mit dem Ohrton schlimmer; da sei dann auch die innere Stimmung bedrückt und er höre wieder mehr hin und beschäftige sich mehr mit dem Ton. Auf diese Weise erzählt Herr C über längere Zeit, stellt mir auch Fragen, die ich ihm beantworte, beantwortet auch meine Frage, ob er der Anregung seines Vaters, ein Jahr zu pausieren, folgen werde. Er ist dabei, verschiedene Möglichkeiten zu sondieren, hat Pläne für einen zwischenzeitlichen Job und will vielleicht nach Amerika reisen. Ich erzähle ihm von meinen Erfahrungen mit solchen "Pausen", und wir plaudern mehr oder weniger bis zum Ende der Sitzung. Es scheinen im Augenblick keine Kümmernisse anzustehen, und nur die Bestärkung und Bejahung des einge - schlagenen Wegs ist wohl vonnöten. Herr C verabschiedet sich in heiterer und gelöster Stimmung.

Ich freue mich natürlich an diesen Entwicklungen und hoffe, daß die Anstöße, die Herr C durch mich empfangen hat, ihn auch noch weitertragen. Er kam ja in einem Zustand äußerster Verzweiflung zu mir und hat sie wohl ein genügendes Stück

weit als seine ganz persönliche Reaktion auf den Ohrton akzeptiert - als seine Antwort, die der Persönlichkeit entstammt, die er zwar im Lauf der Zeit geworden ist, die er aber vor sich und vor anderen unter dem Deckmantel einer problemlosen Normalität verborgen hielt. Dadurch ist er gleichzeitig ein wenig mehr Person, er selbst, geworden und hat gelernt, mit seinem Ohrton anders umzugehen.

Herr C kommt nach der audiometrischen Kontrolluntersuchung zum abschließenden Gespräch. Er fühlt sich sehr zufrieden und findet, er brauche jetzt keine weitere Hilfe mehr. Auf meine Frage, was er denn tun werde, wenn der Ton ihn wieder mehr belasten würde, antwortet er, er würde versuchen, sich über die Zusammenhänge klar zu werden; außerdem würde er üben. Er würde auch mehr unternehmen und aktiver sein und versuchen, sich nicht behindern zu lassen. Ich schlage ihm noch weitere therapeutische Möglichkeiten, wie z.B. eine Selbsterfahrungsgruppe, vor. Dadurch erinnert sich Herr C, daß er schon einmal gastweise bei einer Runde des Vereins "Emotions Anonymous" war und ihm das sehr gut gefallen hat; er meint, da könne er zum Beispiel hingehen, wenn er weitere Hilfe brauche. Ich bin froh, daß ihm diese Möglichkeit selber einfällt und stimme ihm durchaus zu. Anschließend lege ich Herrn C den Fragebogen vor. Dann frage ich ihn noch einmal, was für ihn das Wesentliche an diesen zehn Sitzungen gewesen sei. Er antwortet, er habe vor allem Zusammenhänge erkannt, die er vorher nicht gesehen habe; er habe seine eigene Willenskraft kennengelernt und die Bedeutung der eigenen Einstellung und Verantwortung erfahren. Wir verabschieden uns, einander Gutes wünschend, und ich bin am Ende dieser letzten Sitzung zufrieden mit dem, was in den vergangenen dreizehn Wochen bei Herrn C und mit ihm geschehen ist.

g. Patient F

Frau F, 57 Jahre alt, kommt wegen ihres rechtsseitigen pulsierenden Tinnitus, den sie seit zehn Jahren hat. Sie berichtet beim Erstgespräch, er sei während eines Badeausflugs plötzlich aufgetreten und seither nie ganz verschwunden. Anfangs habe sie tatsächlich geglaubt, sie habe einen Ohrwurm, weil das Geräusch ein ständiges rhythmisches Kratzen sei. Sie nenne ihn immer "meinen Mann im Ohr", sagt sie schließlich mit einem erheiternden Lachen. Im Zusammenhang mit dem Kurzfragebogen wird außerdem noch deutlich, daß ihr Ohrgeräusch in der Intensität schwankt, ohne daß Frau F angeben könnte, wann es lauter und wann leiser ist. Wenn es sehr laut ist, fühlt sie sich jedenfalls erheblich beeinträchtigt. Mit der bisherigen Therapie ist sie nicht zufrieden; am besten hilft ihr manchmal noch, sich hinzulegen und zu ruhen. Frau F hat eine erhebliche degenerative Halswirbelsäulenschädigung, die mit dem Ohrgeräusch wohl in Verbindung steht und gegen die mit Hilfe von Massagen, Gymnastik und Packungen schon viel unternommen wurde. Frau F läßt sich immer wieder durch physikalische Maßnahmen behandeln, was dazu beiträgt, daß sie von stärkeren Beschwerden frei ist; auf ihr Geräusch haben diese Maßnahmen keinen dauernden positiven Einfluß gehabt. Nach weiteren Krankheiten befragt, gibt sie an, sie habe Gicht, Rheuma und Arthrose und nehme dagegen auch regelmäßig Medikamente ein. Dann erzählt sie noch, vor einigen Jahren habe sie nach plötzlich aufgetretenen heftigsten Kopfschmerzen vorübergehend Sprechstörungen gehabt; die Sprechfähigkeit sei aber wieder voll hergestellt. Im Anschluß daran fange ich an, Frau F unser Programm zu erläutern.

Dabei fängt sie immer wieder zu weinen an, und zwar vorwie - gend, wenn ich sie auf den Sinn, auf die innere Dimension ihrer Krankheit anspreche. Es wird mir dadurch offensichtlich, daß Frau F unter irgendetwas leidet und unter starkem innerlichem Druck steht, auch wenn sie nach außen hin gut zurechtzukommen scheint. Frau F bekundet ihr Interesse an dem Programm, schränkt aber gleich ein, sie könne erst eine Woche später als vorgesehen zum ersten Mal kommen. Ich gebe ihr die Unterlagen mit und bitte sie, es sich noch einmal in Ruhe zu überlegen. Ich kann am Ende dieses Erstgesprächs nicht so recht erkennen, wie sehr Frau F motiviert ist, wirklich an sich zu arbeiten, und ich erinnere mich, daß ich während des Gesprächs immer wieder Anflüge von Müdigkeit empfunden habe und mit meiner Aufmerksamkeit abgedriftet bin, was mir vor allem dann passiert, wenn das Gespräch unverbindlich und oberflächlich wird, wenn allgemeine Anschauungen und Floskeln auf den Plan treten.

Frau F meldet sich mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens zur Anamnese verbindlich zur Teilnahme an unserem Programm an; die zusätzlich geforderte Liste legt sie nicht bei.

Aus dem Fragebogen geht hervor, daß sie verheiratet ist. Sie hat einen erwachsenen Sohn und mehrere Enkelkinder. Sie ist Hausfrau und betätigt sich auch als Kunstmalerin. Sie verfügt über einen Realschulabschluß. Sie schätzt sich selbst als redselig ein und fügt mit ihren eigenen Worten dazu, sie sei verträglich und gefühlvoll. Sie gibt an, nur hin und wieder Angst zu haben und niedergeschlagen und bedrückt zu sein, und sie hält sich für meist sehr empfindlich. Es fällt mir auf, daß sie einige Fragen überhaupt nicht beantwortet, so zum Beispiel die, wovor sie am meisten Angst habe. Frau F fühlt sich manchmal

unter beruflichem, familiärem und persönlichem Streß; in bezug auf den Ohrton fühlt sie sich nicht unter Dauerstreß. Der Tinnitus verschlimmert sich nach Anstrengung, unter Streß, bei Gefühlserregung und bei extremen Kopfbewegungen. Andererseits kann sie sich durch eine Veränderung der Kopfhaltung selbst helfen, wenn das Geräusch auftritt. Die Situationen, in denen es überhaupt nicht vorhanden ist, haben keinen spezifischen oder typischen Charakter.

Frau F ist eine eher kleine, schlanke, sehr gepflegte Frau, die jünger wirkt als sie ist. Sie kommt in die erste Sitzung in einem eleganten roten Kleid und ist wie für ein gesellschaftliches Ereignis geschminkt und frisiert. Ihre Erscheinung und ihr Auftreten wirken auf mich so, als repräsentiere sie ein intaktes Bild von sich selbst. Sie scheint auf die äußere Form des Umgangs großen Wert zu legen und versucht, sich mit mir auf höflich-distanzierte Weise zu unterhalten. Ich sage Frau F, ich hätte mich beim Erstgespräch gewundert, wie schnell ihr die Tränen gekommen seien. Frau F fängt an zu weinen, bemüht sich aber sehr schnell, die Tränen wieder wegzuwischen, als sei es ihr sehr unangenehm.Als ich sie daraufhin auf ihre Sensibilität anspreche, fühlt sie sich offensichtlich wieder angerührt und weint erneut. Ich nehme mir vor,Frau F erst einmal zuzuhören und fordere sie - mit der Frage, was sie traurig mache - auf, mir zu erzählen. Sie fängt an, sie habe als junge Frau aus Berlin nach Bayern geheiratet; ihr erster Mann sei noch im Krieg gefallen. Damals sei sie Geschäftsfrau gewesen, und das habe ihr Spaß gemacht. Außerdem habe sie eine sportliche Laufbahn begonnen, die ihr schöne Erfolge gebracht habe. Wenig später habe sie dann ihren zweiten Mann geheiratet, mit dem sie fünfzehn Jahre lang eine glückliche und mustergültige

Ehe geführt habe; ihr einziger Sohn sei dieser Ehe entsprungen. Frau F kommt ins Weinen, während sie von ihrer zweiten Ehe erzählt, und es wird mir klar, daß sie wohl immer noch an diesem Mann hängt und seinen Tod noch nicht verwunden hat. Sie bejaht das auch, als ich sie danach frage, und fährt dann fort, acht Jahre später habe sie dann noch einmal geheiratet, einen "FJS-Bayern", der manchmal sehr grob, ja "saugrob" sei. Auch bei ihrer Schilderung dieser dritten Ehe kommen ihr wieder die Tränen, die sie aber zurückzuhalten bemüht ist. Ich will wissen, was denn besonders schlimm sei. Frau F erzählt daraufhin vom Adoptivsohn ihres Mannes und einigen für sie besonders schlimmen und unangenehmen Erfahrungen, die sie mit ihm vor allem in dessen Pubertät gemacht hat und auch immer noch macht. Dabei beklagt sie die mangelnde Solidarität ihres Mannes ihr gegenüber bei solchen Gelegenheiten. Am meisten erschüttere sie, wenn ihr Mann den Sohn immer noch und immer wieder unterstütze, wo der doch auch mit seinem Vater schlecht umgehe und ihn alles Mögliche heiße. Auch sie habe er schon "blöde Kuh" genannt; aber sie lasse sich jetzt nicht mehr alles gefallen; auch ihrem Mann gegenüber werde sie dann manchmal wütend und schimpfe, was es in ihrer zweiten Ehe nicht gegeben habe. Frau F scheint von ihrem dritten Mann, den sie nach längerer Witwenzeit geheiratet hat, sehr enttäuscht zu sein. Er habe sie zwar zum Malen angeregt und ihr vieles beigebracht, und das sei ja auch ganz wichtig für sie, damit habe sie auch Erfolg, aber im übrigen dürfe sie eben keine eigene Meinung haben und solle nur das finden, was ihr Mann finde, und das wolle sie nicht. Ich frage Frau F etwas später nach ihren Bildern und stelle mir vor, aus ihnen viel über Frau F zu lernen und womöglich auch, ihr durch ihre Bilder einen anderen, über das unverbindliche Sich-Aussprechen

hinausgehenden Zugang zu sich zu ermöglichen. Frau F hat Fotos von einigen Bildern dabei und zeigt sie mir; ich bitte sie, doch einmal eines mitzubringen. Die Bilder zeigen - in Öl gemalt - vorwiegend Brautpaare in Trachtenkleidung, Blumen und Landschaften; in ihrer naiven Malweise wirken sie alle auf mich sehr ordentlich, adrett und unzweideutig. Die vielen jungen Brautpaare bringen mich auf die Idee, FrauF zu fragen, ob sie der Zeit nachtrauere, in der sie eine junge Frau war. Sie bejaht und meint, es sei so die Zeit um das dreissigste Lebensjahr herum; das sei auch die Zeit ihrer zweiten Ehe gewesen, in der sie so glücklich gewesen sei; sie hätte wohl ihren jetzigen Mann nicht heiraten sollen. Frau F vergleicht offensichtlich ihre Ehemänner und ihr früheres und jetziges Leben immer wieder, was sie sicherlich - abgesehen von ihrer realen Lage - noch ein Stück mehr leiden macht. Sie wirkt auf mich, während sie diese Dinge erzählt, gewissermaßen zermürbt, mürbe, obwohl sie alles zu versuchen scheint, einen anderen, ja entgegengesetzten,Eindruck zu erwecken. Ich frage sie, wo denn heute die glücksfähige Frau sei, die ich nach dem, was sie von früher erzählt habe, auch in ihr sehe. Sie meint, diese Seite könne sie nur leben, wenn sie wirklich tun könne, was sie wolle. Dann erzählt sie mir, sie habe in diesem Jahr zum ersten Mal allein Urlaub gemacht, sei in Tunesien gewesen (wo sie nach dem Tod ihres Mannes schon einmal-mit ihrem Sohn- war) und habe selten ausgelassene Tage erlebt; da sei sie ganz glücklich gewesen. Aber mit ihrem Mann ginge das alles nicht mehr und immer weniger, und er lasse da auch nicht mit sich reden. Wir sprechen noch eine Weile über das Miteinander-Reden, und dann schlage ich Frau F die erste Übung vor. Ich erläutere sie ihr und sie führt sie unter meiner Anleitung durch. Am Ende der Übung findet sie, sie habe

sich ganz gut dabei entspannen können und habe schon mal so etwas gemacht. Damit sind wir am Ende der ersten Sitzung angelangt.

Im Anschluß daran beschäftigt mich vor allem das Hin und Her zwischen völliger Auflösung - in Tränen beispielsweise, aber auch in Gefühle der Sehnsucht nach Jugend, ehelichem Glück und Unbeschwertheit - und angespannter Gefaßtheit, das ich bei Frau F so überdeutlich wahrnehme. Es kommt mir so vor, als trüge sie ständig eine Maske und bemühe sich auch, sie nicht zu lüften: ihr Versuch, den Schmerz, die Traurigkeit und Enttäuschung zu verbergen und nach innen zu verbannen; fühlt sie sich angerührt, zerrinnt der verzweifelt bemühte lächelnde Schein, und die bittere Realität tritt zutage. Frau F hat sich selbst als "gefühlvoll" beschrieben; sie ist es wohl auch, aber im wahrsten Sinne des Wortes: sie ist voll von Gefühlen, die sie nicht zu äußern vermag, sondern in sich behält, in sich zurückhält, und die sie nur gewissermaßen überlaufen lassen kann, wenn sie - und dazu genügt schon der geringste Anstoß - ein wenig in Bewegung gerät. Gleichgültig wie die Ohrproblematik mit ihrem Leben zusammenhängt, es wird, so denke ich mir nach dieser Sitzung, im Laufe des Programms darum gehen, an diesem Gegensatz zwischen der heilen Fassade von Frau F, die ja auch ein Verhaltens- und Einstellungsmuster ihr selbst und anderen gegenüber ist, und ihrer persönlichen Wahrheit zu arbeiten.

Zu Beginn der zweiten Sitzung sagt Frau F, sie müsse zuerst beichten; sie habe die Übung nicht regelmäßig gemacht und sei außerdem immer wieder in Gedanken abgeschweift. Es sei ihr auch immer noch sehr unangenehm, vor mir so viel geweint zu haben, denn das sei doch nichts Schönes; und ihren Mann habe sie auch verraten. Das anschließende Gespräch verläuft für mein Gefühl recht zäh; Frau F scheint zu versuchen, nicht schon wieder mit

peinlichen Gefühlen in Kontakt zu kommen und bewegt sich auf der Ebene von "vernünftigen" Gründen, Verallgemeinerungen und unpersönlichen Aussagen. Ich lasse es dabei bewenden, höre zu und gehe nach einer Weile zur zweiten Übung über, deren ersten Teil sie als sehr beruhigend empfindet. Einen Dialog mit dem personhaft imaginierten Ohrton will sie mit der Begründung nicht führen, das käme ihr komisch vor, da könnte man ja meinen, sie hätte "'ne Macke" und so etwas machten doch nur Kinder - mit jemanden reden, der gar nicht vorhanden ist. Ich überlasse die Entscheidung ihr, nehme aber die Gelegenheit wahr, ihr noch einmal ausführlich zu erklären,worum es bei unserem Programm geht.Später kommt Frau F von sich aus auf ihr Ohrgeräusch zu sprechen; sie meint, es hänge ja mit ihrer Wirbelsäule zusammen, mit ihrer "Geschichte da oben"; heute höre sie es nur bei extremen Kopfbewegungen und -drehungen. Ich frage sie, was das für eine Ge - schichte sei, welche Geschichte das "da oben" zu erzählen habe. Frau F meint zunächst, das sei doch nur so eine Floskel, erzählt aber schließlich, als ich insistiere, zum einen habe sie ja immer viel Sport getrieben - was heute leider, bis auf das Schwimmen, nicht mehr möglich sei; sie habe viel und "hartes" Tennis gespielt, und da seien dann auch Probleme mit der Wirbelsäule und zunehmend Schmerzen aufgetreten; sie sei aber lange eisern dabeigeblieben; die Wirbelsäulengeschichte habe sie schon seit dem siebenundzwanzigsten Lebensjahr. Frau F schildert dann, wie sie zum Sport gekommen ist und wie sie ihn betrieben hat und fährt fort, außerdem habe sie auch hart gearbeitet, vor allem in der Zeit, in der sie Geschäftsfrau gewesen sei. Schließlich sei sie auch immer hart gegen sich selbst gewesen, und da habe sie auch in den Eltern ein Vorbild gehabt. Diese offensichtliche Härte gegen sich selbst kommt auch in einer Episode zum Ausdruck, die

sie anschließend erzählt: sie sei mit ihrem jetzigen Mann beim Bergwandern gewesen; sie seien ja beide nicht mehr so gut zu Fuß, sie selbst habe Arthrose und Rheuma, hätten aber trotzdem die Wanderung bis zu Ende machen wollen. Am Schluß hätten sie dann doch feststellen müssen, es sei alles zu viel gewesen, sie seien beide immer weitergegangen und hätten beide - aus Rücksicht auf den Partner - ihre Schmerzen einfach übergangen. Diese Geschichte veranlaßt mich, ein wenig über Rücksichtslosigkeit gegenüber sich selbst und über Härte und Weichheit zu sprechen. In diesem Zusammenhang geht es auch noch einmal um die "Geschichte da oben", die Schmerzen im Schulter-Nacken-Hals-Bereich, den Frau F ihren "Steingarten" nennt. Auf meine Frage, welche Schmerzen das seien, welche Gefühle sie da zu Steinen balle, was sie da verhärte, fängt Frau F zu weinen an, ist aber gleichzeitig nicht bereit, sich mit dem Schmerz zu identifizieren und ihn einmal nicht als rein medizinisches Problem, sondern als etwas Persönliches zu sehen. Schließlich frage ich sie noch, was wohl passieren würde, wenn sie die weiche Seite etwas zum Vorschein kommen und sich einmal gehen ließe. Sie antwortet, dann würde sie auf der Couch liegen und nichts tun. Als ich wissen will, was darauf folgen würde, meint sie, dann würde sie sich uralt vorkommen, und das gefalle ihr gar nicht. In der Zwischenzeit ist die Sitzung an ihr Ende gekommen, und ich trage Frau F auf, sie solle sich zum einen daran erinnern, welche Geschichte in ihrem "Steingarten" sitze und zum andern immer wieder einmal von innen her diesen "Steingarten" erspüren und auf die Gefühle achten, die sie dabei empfinde.

Mit dieser Sitzung hat sich mein Bild von Frau F sehr erweitert. Die Spannung, unter der sie steht, ist auch die zwischen ihrer

Härte und Rücksichtslosigkeit gegen sich - und darin pflegt sie eine lange persönliche und schon von den Eltern übernommene Tradition - und ihrer weichen und empfindsamen Seite, zwischen der ihr - nach ihren glaubhaften Angaben - eigenen Lustigkeit und Fröhlichkeit und der nicht wirklich angenommenen Tragik ihres Lebens und der daraus resultierenden Trauer und schließlich auch zwischen der bitteren, aber kaum eingestandenen Erkenntnis ihres eigenen Alterns, ihrer Hinfälligkeit, ihres Abbaus und dem Verlangen nach Jugendlichkeit.

In die dritte Sitzung bringt Fau F ein Bild mit, das sie gemalt hat und besonders gerne mag. Es trägt den Titel "Strandpromenade" und erinnert mich an die Szenerie eines oberbayrischen Badesees. Ich frage Frau F zunächst aber, wie es ihr nach der letzten Sitzung, die aus Termingründen am Vortag stattfand, ergangen sei. Sie meint, es sei ihr gut gegangen, aber sie müsse gerade immer zusehen, wie sie sich die Zeit für die Sitzungen nehmen könne. Frau F wirkt heute auf mich irgendwie realer und stimmiger, auch etwas älter oder altersentsprechender; in ihrem Gesicht steht mehr zu lesen, wer sie ist, als wer sie sein möchte. Wir kommen noch einmal auf das Ohrgeräusch zu sprechen, und ich bitte sie, etwas ausführlicher zu erzählen, wie es dazu gekommen sei. Sie berichtet also, es sei ein Jahr vor der Heirat mit ihrem dritten Mann entstanden, und zwar aus heiterem Himmel; sie sei im Liegestuhl an einem oberbayrischen Badesee gelegen, und da habe sie plötzlich dieses Kratzen wahrgenommen. Weiter sei nichts gewesen. Ich frage sie dann nach ihrer Wirbelsäule und schlage ihr nach einer Weile eine Übung vor, mit deren Hilfe ich Frau F das eigene Spüren und Erspüren ihrer selbst nahebringen möchte, da gerade sie eisern daran festhält, ihre Beschwerden zu entpersönlichen.

Frau F geht auf meinen Vorschlag ein, und ich leite sie an, mit geschlossenen Augen ihre Kopf-, Hals-, Schulter- und Oberkörperhaltung zu spüren; dabei bemerkt sie voller Überraschung, daß ihr Kopf normalerweise nach rechts verdreht - im rechten Ohr hört sie auch das Geräusch - und etwas nach hinten geneigt ist, daß ihre linke Schulter stark hochgezogen und der ganze Oberkörper kompensatorisch nach links geneigt ist. Als ich sie dann Schritt für Schritt anleite, sich von der Taille aus horizontal und vertikal auszurichten, spürt sie durch die entsprechenden Gegenbewegungen und -haltungen noch stärker, wie verspannt und - im wahrsten Sinne des Wortes - verzogen sie ist. Dazu kommt noch, daß Frau F sehr oft und vor allem, wenn es um schmerzliche Dinge geht, durch eine Fixierung ihres Brustkorbs und ihres Zwerchfells die eingeatmete Luft anhält und damit in gewisser Weise reglos wird. Da Frau F sehr interessiert dabei ist und sich wundert, was es da für sie alles an sich zu entdecken gibt, lade ich sie zu einer weiteren Übung ein, die sich im Stehen vollzieht und die eine von den Füßen her sich aufbauende und die diversen Gelenkfunktionen berücksichtigende Gleichgewichtsübung ist. Frau F will von sich aus diese Übung zuhause machen. Nach diesem Versuch, Frau F über das Spüren und Wahrnehmen ihrer körperlichen Verfassung sich selbst näherkommen zu lassen, schlage ich vor, über das Bild zu sprechen, das sie mitgebracht hat. Ich halte es ihr mit den Worten hin, sie solle sich vorstellen, sie komme in eine Vernissage und sehe dieses Bild. Ich frage sie, was sie sehe, welche Stimmung dieses Bild widerspiegle, was das für eine Frau sein könnte, die dieses Bild gemalt hat und dergleichen mehr. Frau F ist zunächst wohl etwas verwirrt und meint etwa sinngemäß, die Bilder hätten doch wohl nichts mit ihrem Seelenleben zu tun; schließlich - und mehr spielerisch

als ernsthaft - antwortet sie aber doch auf meine Fragen. Dabei fällt mir auf, wie sehr ihre Antworten - verständlicherweise freilich - ganz dem kleinen Ölbild entsprechend an der naiven, "netten" und "hübschen" Oberfläche bleiben, wie sehr sie die völlige Schattenlosigkeit, das Fehlen von Schattenseiten, aber auch die Abwesenheit der Sonne und der räumlichen - inneren - Tiefe wiederholen. Frau F zählt auf, was sie sieht; die Stimmung findet sie nett, lustig und süß, die Farben empfindet sie als hübsch, bunt, nicht aufdringlich, harmonisch und etwas pingelig, und als ich sie frage, ob ihr auf dem Bild irgendetwas fehle, sagt sie, da oder dort könnte vielleicht noch jemand sein zum Beispiel. Das Ganze sei für sie eine Strandidylle, eine heile Welt. Nun schlage ich Frau F vor, sich Stück für Stück mit den von ihr beschriebenen Eigenschaften ihres Bildes, die eben auch Ausdruck verschiedener Seiten ihres Wesens seien, zu identifizieren. Frau F geht nur zögernd darauf ein, und sie ahnt wohl, daß die idyllische Fassade nicht halten könnte, was sie verspricht und sie sich wieder einmal ihrer persönlichen Realität konfrontiert sähe, mit der sie auf ihre Weise mehr oder weniger gut, aber eben doch so wenig, daß sie sich für unser Programm entschieden hat, zurechtkommt. Dennoch schreiten wir Schritt für Schritt voran, und Frau F kann sich in den verschiedensten Seiten wiederentdecken. Als wir zur "heilen Welt" gelangen, fängt sie an zu weinen; sie erkennt den Gegensatz zu ihrer eigenen un-heilen Welt und kann sich eingestehen, daß die Bilder ihr Trost sind. Im Gespräch darüber kommen wir ans Ende der dritten Sitzung; für die Durchführung der Übung bleibt keine Zeit mehr, und so überlasse ich es Frau F, sie zuhause zu machen.

Ich freue mich am Ende dieser Sitzung, wie Frau F sich zunehmend öffnet und mir ihr "wahres Gesicht" zeigt; sie gewinnt dadurch nach meinem Gefühl an Echtheit und Stimmigkeit. Auch nehme ich mir vor, gerade bei ihr die Körperarbeit mehr in den Vordergrund zu stellen.

Frau F kommt in die vierte Sitzung mit erheblicher Verspätung. Sie berichtet, es sei ihr in der vergangenen Woche gut gegangen; das Ohrgeräusch sei manchmal weg gewesen. Sie habe die dritte Übung gemacht und dabei überraschenderweise gelernt, daß sie ihr Geräusch mit Musik übertönen könne. Ich frage sie, ob sie auch die Körperübungen gemacht habe. Da sie verneint, schlage ich vor, sie gleich einmal zu wiederholen. Im Anschluß daran massiere ich Frau F mit ihrer Erlaubnis die Nacken- und Halsmuskulatur, wobei ich mich davon überzeugen kann, wie verspannt und verhärtet sie ist. Meine Behandlung geht für Frau F nicht ohne Schmerzen ab, und wir reden in den Pausen immer wieder über den Schmerz, den sie in ihren Verhärtungen festhält. Dabei sehe ich durchaus, daß der Schmerz gewissermaßen nur die oberste Schicht von Gefühlen darstellt, die in ihrem HWS-Syndrom abgedichtet sind, und daß deren völlige Freilegung - zu der es im Rahmen dieses Programms und auch aufgrund der sehr begrenzt erscheinenden Motivation von Frau F, an sich zu arbeiten, nicht kommen wird - vermutlich sukzessive Wut, Trauer und Angst nach sich ziehen würde. Während ich später die rechte Halsseite von Frau F behandle, geschieht etwas Merkwürdiges; die starke Angespanntheit des Sternocleidomastoid- Muskels veranlaßt mich, seinen Ansatz am Mastoid-Knochen zu bearbeiten. Als ich dabei auf das Muskelgewebe unterhalb des Knochens drücke, sagt Frau F plötzlich, sie höre das Geräusch nicht mehr. Als ich im Druck nachlasse, taucht es wieder auf, und wenn ich erneut drücke, ver-

schwindet es wieder. Frau F ist von dieser Entdeckung völlig verblüfft und meint, sie sei schon so viel massiert worden, aber da habe noch niemand hingelangt. Ich zeige Frau F daraufhin, wie sie sich den Hals und vor allem den Sternocleidomastoid-Muskel selbst behandeln kann. Im Anschluß daran gehen wir zur vierten Übung über, bei der Frau F sehr bereitwillig mitmacht. Dabei bemerkt sie, daß nach dem Tönen - und zwar des "Gegentons" - ihr eigenes Geräusch schwächer ist. Das findet sie interessant. Dieses deutlich bekundete Interesse läßt mich vermuten, daß sich Frau F nun noch ein wenig mehr für diese Arbeit geöffnet hat, und so spreche ich am Schluß der Sitzung noch eine Weile über das Experimentieren, über die Möglichkeit, neue Zusammenhänge bei sich zu entdecken, über die Ohrproblematik und deren Bearbeitung auf dem Wege einer Begegnung mit sich selbst.

Ich bin am Ende dieser Sitzung zufrieden und stelle mir vor, daß nun wieder etwas Boden bereitet ist, um ein Stück tiefer in die ungelösten Probleme von Frau F vorzudringen, die das Leiden am Ohrton ja mitbestimmen und -bedingen. Allerdings mache ich mir gleichzeitig wieder einmal die Grenzen dieses Unterfangens klar. Ich nehme an, daß Frau F in ihren Konfrontationen mit der Realität jahre- und jahrzehntelang Tag für Tag mit Verspannungen reagierte - sich zurückhielt, sich zusammennahm, eisern durchhielt, ihre Gefühle nicht äußerte, sondern in sich anhäufte - und so die dabei immer mit verzogene Wirbelsäule schließlich dauerhaft schädigte; dieser Schaden mag dann die Ursache für das Ohrgeräusch gewesen sein. Es ist klar, daß sich innerhalb von zehn Sitzungen am Status quo chronischer Myogelosen, Wirbelsäulenschädigungen, arthrotischer Gelenke und einer Geräuschwahrnehmung im Ohr nichts Wesentliches verändern wird: die persönliche, gelebte Geschichte hat Spuren hinter -

lassen, die nicht auszulöschen sind. Es führt auch kein Weg zurück bis zu den Ursprüngen, die ja nicht nur in der Vergangenheit zu suchen sind, sondern im Fleisch und Blut - im Charakter nämlich - der gegenwärtigen Existenz erinnert und erspürt werden können; das aber braucht Zeit und Geduld und die Bereitschaft und den Willen, immer mehr über sich selbst zu erfahren. Frau F hat sich - und das ist auch eine Frage ihres Alters - natürlich längst an ihr Sosein gewöhnt und bewegt sich in eingefleischten Bahnen. Ihre Freuden halten sie darin fest, und nur ihre Schmerzen - gleich welcher Art - stellen sie in Frage, lassen Frau F nach neuen Wegen suchen. So kam wohl Frau F zur Teilnahme an diesem Programm, und ein Grundkonflikt, der sich hier und in Frau F abspielt, ist der zwischen jenen alten, gewohnten und vertrauten Bahnen, Mustern und Verhaltensweisen und den neuen, fremdartigen, risikoreichen Wegmöglichkeiten. Dennoch kann Frau F zumindest punktuell erfahren, daß jene Spuren ihre eigenen und jene Ursprünge in ihr präsent sind; sie kann in diesen zehn Sitzungen wenigstens ihren Schmerz fühlen und äußern und von der Fülle des in ihr Angestauten mitteilen und dabei zeitweise einen Umgang mit sich praktizieren, der in seinen weiteren Auswirkungen auch das Leiden am Ohrgeräusch verringern könnte.

In der fünften Sitzung komme ich ziemlich schnell auf den Schmerz zu sprechen, als Frau F von sich erzählt. Es geht wieder um ihren Mann und dessen Adoptivsohn; sie fühlt sich von beiden schlecht behandelt, kann aber mit ihrem Mann nicht darüber reden, weil er sich einem Gespräch entzieht; so hat das Paar sich schließlich nichts mehr zu sagen. Frau F erzählt diese Dinge unter vielen Tränen, die sie immer wieder schnell wegzuwischen und wegzuschneuzen sich bemüht. Als ich sie darauf anspreche, meint sie: "Wie sieht man da auch aus!" Meine Fragen, wie sie

mit ihrem Schmerz, ihrem Verletztsein, ihrem Unglück umgehe, weiß sie außer durch allgemeine Aussagen nicht zu beantworten. Im Lauf der Zeit stellt sich dann heraus, daß ihr doch verschiedene Dinge bewußt geworden sind. So hat sie bemerkt, wie das "Runterschlucken" von Kränkungen mit ihren Magenschmerzen zusammenhängt, wie sie in angespannten Situationen die Zehen verkrampft und was sie bei den verschiedensten inneren Konflikten mit ihrer Zunge macht. In diesem Zusammenhang sprechen wir auch über das Luftanhalten, mit dessen Hilfe sie ihre Gefühle unterdrückt. Ich trage Frau F auf, in der kommenden Zeit immer wieder darauf zu achten, ob und wann sie die Luft anhält. Später sage ich Frau F auch noch, wie sehr mir bei ihr der Gegensatz zwischen dem äußern Anschein, den sie sich gibt, und ihrer inneren Situation auffällt und daß sie mir immer dann realer und anwesender vorkommt, wenn sie sich offen zu ihrem Unglück bekennt. Ich habe den Eindruck, damit durchaus bei Frau F anzukommen; sie erzählt daraufhin, eigentlich habe sie die familiäre Situation bis zum Halse satt. Trost finde sie außer beim Malen kaum, sie könne sich bei niemandem wirklich ausweinen und aussprechen und befürchte, die andern - also zum Beispiel ihre alte Mutter oder ihr Sohn aus zweiter Ehe - könnten, wenn sie es doch täte, ihrem Mann die Leviten lesen, und das würde dann alles nur noch verschlimmern. Es sei wirklich "sehr verzwickt", aber sie habe teilweise schon gelernt, sich zu wehren und mit ihren Freundinnen könne sie doch wenigstens andeutungsweise diese Probleme besprechen. Ich habe dem nicht viel hinzuzufügen und höre Frau F bis zum nahen Ende der Sitzung einfach nur zu.

Ich empfinde es nach dieser Sitzung als teilweise äußerst mühsam, geduldig auf der von Frau F bevorzugten, mehr an Konversation orientierten Ebene des Sich-Aussprechens zu bleiben bzw. auch,

sie darin zu frustrieren. Aber da ich so sehr deutlich ihre persönlichen Voraussetzungen sehe, die sie in dieses Programm mitbringt, versuche ich, die Chancen wahrzunehmen, die auch darin liegen.

Zu Beginn der sechsten Sitzung, die aus Termingründen auf Seiten von Frau F die letzte vor der dreiwöchigen Pause ist, sagt Frau F, sie habe heute eine traurige Nachricht bekommen. Unter Tränen erzählt sie dann, der Mann einer Freundin sei gestorben; das mache sie traurig; vor allem tue ihr ihre Freundin leid, die jetzt allein sei - der Mann sei eigentlich von seinem schweren Leiden zum Glück endlich erlöst -; sie selbst habe das ja auch schon mitgemacht, daß ihr der Ehemann stirbt. Daran wird mir deutlich, wie sehr ihre eigene, zurückgehaltene Trauer immer noch darauf harrt, angemessen zum Ausdruck zu kommen. Frau F berichtet dann ausführlich, der Mann sei an Krebs erkrankt gewesen und habe vieles durchgemacht; er habe ja eigentlich sterben wollen, aber die Ärzte hätten seinen Tod immer wieder hinausgezögert. Sie selbst habe mit den Ärzten auch schon einschlägige Erfahrungen gemacht, als mehrere Jahre nach einer Unterleibsoperation ein Krebsverdacht entstanden sei. Frau F erzählt dann ausführlich ihre "Unterleibsgeschichte" und von den schlimmen Erfahrungen, die sie dabei mit Ärzten gemacht hat. Im weiteren Verlauf des Gesprächs geht es darum, was Frau F für sich selber tut. Es scheint für sie unumstößlich, daß ihre körperlichen Beschwerden medizinische Probleme sind, die man auch nur als solche therapieren kann. Ich betone dagegen die Möglichkeit, sich auch von innen her und aus eigener Kraft zu helfen und stelle den Massagen, die sie sich angedeihen läßt, die Körperübungen und die aktive Selbstentspannung gegenüber, die sie selber durchführen kann. Anschließend zeige ich ihr auch eine weitere, auf den anderen

Übungen aufbauende Gleichgewichtsübung. Auf meine Nachfrage hin, ob sie zuhause geübt, ihren Hals massiert oder auf ihre Atmung geachtet habe, antwortet sie, sie sei nur wenig dazu gekommen. Das Ohrgeräusch sei nach wie vor vorhanden, aber schwächer geworden; sie müsse es wohl als guten Freund akzeptieren. Das kann ich nur bejahen, füge aber hinzu, es müsse sie nicht daran hindern, immer wieder darauf zu achten,wann und wie sie sich anspanne und hart mache. Ich bemerke im Verlauf dieser Sitzung, wie sich in mir eine gewisse Resignation breitmacht, die mich therapeutische Interventionen im engeren Sinne mehr und mehr verringern läßt. Demgegenüber tritt die medizinisch-psychologische Aufklärung und Belehrung, das Zuhören und das Beantworten von Fragen in den Vordergrund. Gegen Ende der Sitzung erläutere ich Frau F die sechste Übung und gleichzeitig der Vollständigkeit halber das Thema der siebten Sitzung, die für Frau F erst nach der dreiwöchigen Pause stattfinden wird. Ich entlasse sie mit der Aufforderung, den Tod des Mannes ihrer Freundin bewußt als Anlaß zu nehmen, um sich an ihren eigenen Mann, seinen Tod, ihre Trauer um ihn, aber auch an die Zeit zu erinnern, die sie mit ihm glücklich verbracht hat.

In der siebten Stunde berichtet Frau F, es sei ihr gut ergangen in der Zwischenzeit; auch das Ohrgeräusch habe sich gebessert. Sie habe sogar ein klein wenig geübt, aber besondere Erfahrungen habe sie bei den Übungen nicht gemacht. Ich erkläre Frau F - wie ich es im übrigen auch bei den anderen Patienten mache - daß sich die Dauer der letzten drei Sitzungen danach richten werde, was sie selbst an Fragen, Themen, Problemen usw. vorbringt. Daraufhin meint sie, sie habe schon eine Frage, nämlich was ich dazu meine, daß sie dem Verein für humanes Sterben beigetreten sei und ob ich einige Unklarheiten, die sie da noch

in bezug auf die anzugebenden Wünsche habe, mit ihr besprechen würde. Ich antworte ihr, ich sei dazu bereit, und ich sähe in der Tatsache ihres Beitritts zu diesem Verein einen Ausdruck ihrer Beschäftigung mit dem Tod, dem Sterben und auch mit dem Altern. Frau F fängt an zu weinen und erzählt unter Tränen, wie schlimm es für sie eben erst gewesen sei, mitanzusehen, wie ihre durchaus noch rüstige 86-jährige Mutter andererseits doch geistig und körperlich verfalle. Ihre Mutter stehe ihr noch viel näher - als Frau und als die eigene Mutter eben - als der Vater, der viel stärker verfallen und einen qualvollen Tod gestorben sei. Außerdem habe sie mit Schrecken bei einigen anderen, weniger nahestehenden Leuten miterlebt, wie diese kurz vor dem Tod noch "künstlich" am Leben erhalten worden seien, und das möge sie nicht durchmachen. Als ich sie nun frage, was humanes Sterben für sie bedeute und wie sie sich ihren Tod vorstelle, antwortet sie - für mich sehr abwehrend - das könne man doch nie wissen, und natürlich wäre es am schönsten, einfach nur einzuschlafen. Dies verhindert gleichzeitig, daß wir zum Kern dieses Problems, zu dem spürbaren Entsetzen und der Angst vor dem eigenen Altern und Sterben, vorstoßen, und verdeutlicht ihn. Entsprechend negativ und einseitig fällt dann aus, was Frau F auf meine Frage, was Altern für sie sei, äußert. Altern ist für sie Verfall, Einschränkung, Gebrechlichkeit, Abhängigkeit von anderen, ein Nachlassen der geistigen Kräfte und anderes mehr. Als ich diese Sicht zusammenfasse und herausstreiche, wie sehr sie die negativen Seiten betont, meint Frau F, sie sehe nicht nur die Nachteile, vermag dann aber außer dem quantitativen Zuwachs an Jahren und Erfahrung keine positiven Qualitäten zu sehen. Im weiteren Ver - lauf des Gesprächs erzählt Frau F von zwei sehr alten Menschen, die sie wegen ihrer körperlichen und geistigen Frische offenbar

sehr bewundert. Ich will wissen, was diese Menschen nach ihrer Meinung jung erhalte. Sie findet, es sei in erster Linie deren geistige Aktivität. Ich frage Frau F nach ihren geistigen Aktivitäten, die es ihr ermöglichen, sich jung zu erhalten. Sie meint, bei ihr sei es vor allem das Malen und das Lesen; dann erzählt sie, wie sie durch das Malen ihre rheumatischen Beschwerden in den Händen habe völlig überwinden können. In dem folgenden Gespräch bis zum Ende der Sitzung versuche ich, Frau F in dieser Richtung zu bestärken.

Diese siebte Sitzung hat eine für mich erstaunliche Wendung genommen. Frau F scheint sich, wie distanziert und symbolisch auch immer, mit einem zentralen Problem ihrer Entwicklungsphase zu beschäftigen und bekennt sich auch in ihrem Verhalten indirekt dazu. Ich nehme mir vor, sie bei allem zu erwartenden Widerstand unverdrossen und behutsam immer wieder auf die ihrem Vereinsbeitritt zugrundeliegenden persönlichen Probleme hinzuweisen.

Frau F bringt in die achte Sitzung ihre Unterlagen mit, die sie bei dem Verein für humanes Sterben hinterlegen muß; es geht dabei um die verschiedenen Wünsche, die sie in bezug auf ihr Sterben und ihren Tod hat und in Form von Absichtserklärungen schriftlich fixieren soll. Im ersten Teil der Sitzung reden wir also darüber, was sie sich im einzelnen vorstellt, und ich sehe meine Aufgabe darin, ihr bei der Klärung ihrer Wünsche zu helfen. Dann versuche ich noch einmal, die Problematik des Sterbens anzusprechen und Frau F auseinanderzusetzen, daß Sterben mehr als ein bloßer biologischer Vorgang ist und daß im Sterben nach meiner Ansicht ein persönlich erfahrbarer Sinn liegen kann, der mit dem gelebten Leben des Sterbenden etwas zu tun hat. Im nachfolgenden Gespräch wird mir deutlich, daß Frau F wohl vor einem

langdauernden, harten und schmerzhaften Sterben große Angst hat, und ich frage sie, warum gerade sie es sich so vorstelle, was der Grund dafür sei. Sie antwortet einerseits, man wisse ja nie, wie es komme, dem und jenem sei es doch auch so ergangen, andererseits taucht aber wieder - was mir auch die Ursache ihrer Angst zu sein scheint - unverarbeiteter und angestauter früherer Schmerz auf; Frau F erzählt nämlich vom Sterben ihres Vaters, das wohl sehr schmerzhaft gewesen war; sie möchte vor allem schmerzfrei sterben. Außerdem, fährt sie fort, wolle sie, im Falle ihrer absoluten und bezüglich einer Heilung aussichtslosen Pflegebedürftigkeit den eigenen Angehörigen keinen Kummer und keine Last bereiten und lieber gleich sterben. Auf meine Nachfrage hin ergänzt sie, sie befürchte, daß ihr Mann sie, wenn sie ein Pflegefall wäre, lieblos, grob und unachtsam behandeln würde. Im Klartext heißt das für mich, daß sie sich selbst die damit verbundenen Kränkungen ersparen möchte, was ich gut verstehen kann, wenn ich mir vorstelle, in welche Sackgasse Frau F offenbar mit ihrem dritten Mann geraten ist und wie wenig Chancen sie sich selber gibt bzw. wie wenig sie wirklich den Willen hat, aus ihr herauszukommen. Bis zum Ende dieser Sitzung erzählt Frau F dann noch ausführlich über das Sterben ihres zweiten Mannes und die verschiedenen medizinischen Umstände seines Todes. Die Trauer, die dabei zum Vorschein kommt, tritt aber allmählich hinter den Vorwürfen zurück, die sie den ärztlich Verantwortlichen macht. Irgendeine Art von Sinn kann sie im Tod ihres Mannes nicht erkennen, über den sie nicht zuletzt wegen der vorgeschobenen Ressentiments noch lange nicht zu Ende getrauert hat.

So sehe ich Frau F nach der achten Sitzung auch in dieser Hinsicht Schmerzen vermeiden; sie tut es gegenwärtig und hat es wohl auch früher getan, und sie versucht, für die Zukunft

vorzubauen, indem sie dem Verein für humanes Sterben beitritt und einen schmerzfreien Tod vorprogrammieren will. Freilich tut sie dies in aller Hilflosigkeit und weil sie sich keine andere Chance, mit ihrem Schmerz umzugehen, wahrnehmen läßt und vielleicht auch schon altersbedingt und - wer weiß - vernünftigerweise es aufgegeben hat, sich zu ändern. Aber es erschüttert mich zu sehen, wie Frau F versucht, Schmerzen zu vermeiden anstatt sie durchzustehen und dadurch immer mehr Schmerz in sich ansammelt, der unverdaut, unbeantwortet und ungelöst bleibt, und wie sie dann die Angst vor einem schmerzhaften Todeskampf - und nicht nur in physischer Hinsicht - entwickelt. Von daher fühle ich mich hilflos, Frau F in ihrem Vorhaben, schmerzfrei sterben zu wollen, beizustehen. Ich glaube nicht daran, werde es aber dennoch tun, weil ich in erster Linie versuche, sie als den Menschen zu achten, der sie ist und der sich in seiner Eigenart auch selbst zu verantworten hat. Ich lerne aus dieser Sitzung, daß Sterbenlernen heißt, im Leben loszulassen, solange du noch lebst zu lösen, was da zu lösen ist.

Frau F bringt in die neunte Sitzung noch einmal ihre Formulare sowie einen selbstverfaßten Text mit, den sie beifügen will und der sich darauf bezieht, daß sie im Falle eines unheilbaren Leidens, das sie gänzlich pflegebedürftig macht, keine medizinische Verlängerung ihres Lebens wünscht. Wir sprechen dies noch einmal durch, und ich weise sie darauf hin, daß es natürlich auch Leiden gibt, bei denen man trotz Pflegebedürftigkeit noch lange leben kann. Sie stellt dann klar, daß sich ihre diesbezüglichen Wünsche auf eine Situation beziehen, in der sie geistig nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Frau F erzählt nun von zwei pflegebedürftigen Menschen, die dennoch fröhlich und lebenstüchtig waren, bei denen das Leiden also auch posi-

tive Seiten hatte und zur Ausprägung brachte. Anschließend spreche ich Frau F noch einmal auf ihre persönliche Situation an, vor allem auf die Tatsache, daß sie immerzu seelische Schmerzen in sich anhäuft, die sie nicht äußern kann oder will. Ich sage ihr, das könne ja bei ihrem Alter noch zwanzig Jahre so weitergehen, und es würde ihr sicher nicht gut tun, immer noch mehr zu tragen und zu ertragen - wobei sie einwirft: "Wo doch Tragen für mich so schlecht ist!" - und wie sie sich ihr weiteres Leben denn vorstelle. Daraufhin erzählt Frau F ein weiteres Mal von ihrer Beziehung zum Ehemann und zu dessen Adoptivsohn, und ich habe den Eindruck, daß sie zum ersten Mal wirklich zu ihrem Schmerz und ihrer Verzweiflung steht; sie weint bitterlich. Weinend fährt sie fort, die Verweigerung des Gesprächs durch ihren Mann sei für sie besonders hart, aber auch dessen Abwendung von ihr in vielen kleinen Dingen des Zusammenlebens, das somit eigentlich nicht mehr stattfindet. Er verweigere sich ihr und sie stecke eben ein und gebe ihm meist nicht raus; da sei sie eben hart geworden. Sie wolle aber trotzdem bei ihm bleiben, sei auch ökonomisch von ihm abhängig; dabei habe sie ihn eigentlich gar nicht heiraten wollen, sei aber seinem Charme erlegen. Sie habe freilich auch viel von ihm gelernt; er habe ihr aber zum Beispiel erst unmittelbar vor der Trauung gesagt, daß er einen Adoptivsohn hat, und die Probleme mit dem Sohn seien so schlimm, daß sie beschlossen habe, nichts, aber auch gar nichts mehr für ihn zu tun oder ihm zu geben. Nachdem Frau F dies alles geschildert hat, besprechen wir, was sie machen kann, um sich nicht immer wieder neuen Kränkungen auszusetzen - da sie ja offensichtlich diesen Kränkungen nicht angemessen begegnen kann oder auch nicht den Mut aufbringt, eine Klärung mit allen Konsequenzen anzustreben. Es geht dabei zum einen um die Weiter-

entwicklung ihrer Eigenständigkeit, um selbständige Unternehmungen und Reisen, die sie allein oder mit einer Freundin macht; das hat sie auch ganz dezidiert vor und beschreibt die verschiedensten Pläne. Zum andern lege ich Frau F dringend nahe, sich jemandem anzuvertrauen, bei dem oder der sie sich ausweinen und ausschimpfen kann oder zumindest Tagebuch zu führen oder dergleichen, um sich zu entlasten und frei zu äußern, was sie am meisten bedrückt. Schließlich rate ich ihr noch, auch immer wieder einmal das Gespräch mit ihrem Mann zu versuchen und dann aber vor allem von sich zu reden und zu erzählen, wie es ihr zumute ist, was sie will und was nicht usw., anstatt ihm Vorwürfe zu machen oder über ihn zu reden und zu urteilen. Damit nähert sich auch die Sitzung dem Ende. Bei der Verabschiedung sagt Frau F noch, der Ohrton sei jetzt seltener geworden und vor allem sei er seltener lästig.

Ich bin nach dieser vorletzten Sitzung froh, daß Frau F doch noch zu einem vollen Eingeständnis - vor allem sich selbst gegenüber - ihrer Situation gelangt ist. Erst dadurch ist es auch möglich geworden, zu besprechen, was unter den Voraussetzungen ihrer persönlichen Charakterstruktur, ihrer Verhaltensweisen, ihrer Einstellungen und ihres gewohnten Umgangs mit sich selbst zu tun sei.

In die letzte Sitzung kommt Frau F ein drittes Mal mit ihren Formularen und bittet mich, ihre Unterschrift zu bezeugen, was ich auch mache. Anschließend frage ich sie, wie es ihr gehe, wie sie die letzte Stunde verarbeitet habe. Frau F antwortet, es gehe ihr gut, sie denke auch immer wieder an das, was da geschehen sei. Zuhause herrsche zur Zeit tiefer Frieden. Aber es sei gar nicht einfach, jemanden zu finden, bei dem sie sich aussprechen kann. Und ihren Sohn wolle sie auch nicht belasten.

Ich will wissen, warum. Sie entgegnet, sie befürchte, der Sohn könnte auf ihren Mann wütend werden, irgendetwas zu ihm sagen, und sie müßte es dann doch wieder aushalten. Außerdem habe ihr Sohn auch genug Sorgen mit seinen drei Kindern; die Zwillinge vor allem machten durch häufige Krankheiten Sorgen, und auch sie sei dadurch bekümmert. Dabei kommen Frau F wieder die Tränen; sie sagt, sie habe eben nah am Wasser gebaut. Die Enkelkinder seien aber auch ein großes Geschenk für sie. Während Frau F erzählt, fällt mir wieder auf, wie oft sie die Luft anhält, und ich spreche sie daher noch einmal darauf an und will wissen, ob sie denn in der letzten Zeit etwas mehr auf ihre Atmung geachtet hat. Sie hat es kaum einmal getan. Ich habe die Idee, ihr eine Atemtherapie nahezulegen und tue es auch, indem ich ihr ausführlich davon erzähle. Nach einigen abschließenden Bemerkungen lege ich Frau F unseren Fragebogen zur Nachuntersuchung vor, begleite sie danach zur audiometrischen Untersuchung und verabschiede mich schließlich mit meinen besten Wünschen für die kommenden Zeiten.

Die manchmal sehr schwierige Arbeit mit Frau F, die sich auch weitgehend, doch nicht ohne Grund, von der speziellen Ohrton-Problematik entfernt hat, hat nun doch gewisse Früchte gezeitigt, die eine deutlich verringerte Beeinträchtigung durch das Ohrgeräusch einschließen. Frau F kam mit einer intakt scheinenden, doch papierdünnen Fassade, die leugnete, was doch eigentlich so wirksam war, daß es ihr physische Schmerzen bereitete, ganz abgesehen von dem in ihnen enthaltenen seelischen Kummer. Frau F ist in diesen zehn Sitzungen das echte Wagnis gelungen, sich zumindest für Minuten der Wahrheit, ihrer persönlichen Wahrheit, zu stellen, und wenn dies die einzige heilsame Erfahrung gewesen sein sollte, so war es unter den gegebenen Bedingungen schon sehr viel. Und die Erinnerung daran kann ihr weiterhelfen.

h. Patient G

Herr G, der sich sofort zu einer Teilnahme an unserem Programm entschlossen hat, kommt aus Termingründen ohne weiteres Vorgespräch in die erste Sitzung. Herr G ist ein 44-jähriger, eher kleingewachsener, pyknisch gebauter Mann mit deutlichem Übergewicht, der - bei gleichzeitig vorliegender beidseitiger Innenohr-Hochton-Schwerhörigkeit und degenerativer Halswirbelsäulenschädigung - seit zweieinhalb Jahren an einem rechtsseitigen Tinnitus leidet. Die neben einem ausgeprägten Fettbauch starke Massierung von Gewebe im Nacken-Schulter-Bereich läßt mich ahnen, daß Herr G vor allem seine - auch sexuelle - aggressive Energie (und das ist hier im positiven Sinn aktiven Strebens nach Be - friedigung und im Sinn der Äußerung von Gefühlen der Wut z.B. zu verstehen) hemmt, zurückhält und oral kompensiert.

Herr G wirkt von Anfang an sehr aufgeschlossen gegenüber unserem Programm; er scheint wirklich wissen zu wollen, was es mit seinem Ohrton auf sich hat und ist entschlossen, dafür zu arbeiten, daß er mit ihm besser umgehen kann. Herr G erzählt, sein Ohrton habe vor zweieinhalb Jahren nach einem plötzlichen Schwindelanfall und starkem Brechreiz schlagartig eingesetzt. Das Auftreten des Tinnitus habe eine große Veränderung in seinem Leben bewirkt, und er habe plötzlich angefangen, über sich und sein Leben nachzudenken. Es sei ihm klar geworden, daß er zu einem großen Teil "Fleisch gewordenes Beamtenrecht" geworden sei. Er neige praktisch schon immer zu pessimistischen Erwartungen, zum Beispiel was seine berufliche Laufbahn und seine Erfolge angehe. Er habe auch nicht geglaubt, daß man ihm erlauben würde, während der Arbeitszeit wegzugehen, um an diesem Programm teilzunehmen. Nach dem Einsetzen seines

Ohrtons sei er so nachdenklich und depressiv geworden und habe sich so sehr zurückgezogen, daß ihn andere schon für "bekloppt" gehalten hätten. Auf meine Frage, was sich damals, als der Tinnitus angefangen habe, in seinem Leben ereignet habe, antwortet Herr G, es seien wohl drei Dinge gewesen: zum einen habe er einige Monate davor den Beruf gewechselt. Er sei zwar bei der Bundesbahn geblieben, habe aber seine Lehrtätigkeit dort aufgegeben und sei Revisor geworden, was ihn, vor allem im Hinblick auf die neuen Vorgesetzten, erheblich unter Druck gesetzt habe. Zum anderen sei drei Monate vor dem Auftreten des Ohrtons sein Vater gestorben, dessen Tod er immer noch nicht verwunden habe. Er habe sich bei seinem Nachdenken geradezu in mystische Be - reiche begeben und meine, sein Vater habe ihm irgendwie den Ton geschickt, um seine Erinnerung an ihn wachzuhalten und um ihn zu mahnen, er solle endlich seine Beziehung zu ihm klären und mit ihm an ein Ende gelangen. Das dritte Ereignis sei der Bau seines neuen Hauses gewesen, dem er eigentlich nur seiner Frau zuliebe zugestimmt habe und das seinetwegen gar nicht hätte gebaut werden müssen; er habe sich nämlich in seinem alten Haus recht wohl gefühlt, aber seiner Frau sei alles zu klein gewesen. Die Schwindelanfälle seien aufgetreten, als er gemeinsam mit einem Zimmerer den Firstbalken für das Dach seines Hauses zur Baustelle transportiert habe. Herr G berichtet mir dies alles, ohne daß ich ihn immer wieder durch Fragen auffordern muß, und ich bin beeindruckt von der "Vorarbeit", die er aus sich selbst heraus schon geleistet hat. Es wird mir deutlich, daß das Tinnitus-Ereignis ihn erheblich aufgerüttelt, seine Stimmungslage völlig verändert und eine fast unaufhörliche Kette von Reflexionen in ihm ausgelöst hat - seine Weise, diesem Phänomen zu begegnen. Er hat sich offensichtlich vor allem in gedanklicher

Weise, durch Grübeln und Nachdenken, mit ihm auseinandergesetzt und war dabei in immer "mystischere", das heißt hier von der Leibhaftigkeit seiner Gefühle immer weiter entfernte Bereiche vorgedrungen. Das erklärt für mich auch seine Neigung, immer wieder beim Sprechen die Augen halb oder ganz zu schließen und so den Kontakt mit der Umwelt aufzugeben, was er nach seinen eigenen Angaben nach dem Einsetzen des Tinnitus auch zunehmend gemacht hat.

Im weiteren Verlauf der Sitzung erwähnt Herr G auch noch, er habe über die am Ende unserer Einführung zu diesem Programm stehende Frage nachgedacht, welche Vorteile sein Ohrensausen hat. Erst habe er zwar gemeint, diese Frage sei barer Unsinn, dann habe er sie sich aber doch gestellt und zu seiner Überraschung mehrere Dinge herausgefunden. So sei ihm zum Beispiel klar geworden, daß er seinen Ohrton vor allem benützt, um sich von den Menschen seiner Umgebung zu distanzieren und zurückzuziehen; auch das Neinsagen erleichtere ihm der Ton. Nachdem wir eine Weile über diese sogenannten sekundären Krankheitsgewinne geredet haben, spreche ich Herrn G auf seine Probleme mit dem Vater an, indem ich ihn in seiner Vermutung, dieser wolle ihm mit dem Ton etwas sagen, beim Wort nehme und ihm einen Dialog mit dem phantasierten Vater vorschlage. Herr G meint, er sei dazu noch nicht bereit und möchte lieber später noch einmal darauf zurückkomen. Ich bin froh über diese Antwort, die seinen inneren Widerstand so klar und ihm selbst bewußt zum Ausdruck bringt, und schlage stattdessen vor, zur ersten Übung überzugehen, deren Durchführung dann auch Herrn G ein angenehmes Gefühl der Entspannung vermittelt. Am Ende dieser ersten Sitzung lege ich Herrn G noch unseren Kurzfragebogen zur audiologischen Anamnese vor, aus dem im Verein mit dem Fragebogen zur Anamnese

folgende weitere Einzelheiten ersichtlich werden:
Herrn G stört sein nicht pulsierender Ohrton, den er als ständig hörbar bezeichnet und mit dem Rückkopplungston einer Verstärkeranlage vergleicht, vorwiegend, wenn er sich in einem "Stimmungstief" befindet und wenn die Wetterlage sich verändert bzw. wenn Föhn herrscht; aber auch bei Aufregungen, wie z.B. vor Besprechungen, empfindet er ihn als besonders lästig. Dann wird der Ton auch stärker; der Grad der Belästigung kann erheblich sein, und oft ist der Ohrton auch unerträglich. Streß, Gefühlserregungen und Alleinsein verschlimmern ihn. Herr G, der in letzter Zeit auch manchmal im linken Ohr einen Ton hört, fühlt sich in bezug auf den Tinnitus unter einem Dauerstreß - wobei er sich im übrigen zur Zeit nicht unter Streß fühlt - und glaubt nicht, mit dem Ohrton weiterhin leben zu können. Die bisherige Therapie, die ihn nicht zufriedengestellt hat, bestand in der Verordnung durchblutungsfördernder und antidepressiv wirkender Medikamente, die er auch nach wie vor regelmäßig einnimmt. Er hilft sich außerdem selbst, indem er versucht, wegzuhören, wenn der Ton besonders lästig wird; am besten kommt er mit seinem Ohrton zurecht, wenn er sich in Gesellschaft befindet. Der Tinnitus stört Herrn G mehr als seine Schwerhörigkeit, die im Zunehmen begriffen ist und ihn vorwiegend im Gespräch mit mehreren Menschen stört. Zur Frage nach weiteren Beschwerden gibt Herr G an, er leide zeitweise unter Schmerzen im Nacken- und Schulter-Bereich und habe chronisch Blähungen. Herr G, der im Beruf vorwiegend geistige Arbeit leistet und dabei kaum Bewegung hat, verfügt über einen Realschulabschluß. Er ist verheiratet und hat einen Sohn. Er findet, ausreichend sozialen Kontakt zu haben und schätzt sich selbst als mehr oder weniger gesprächig ein. Er hält sich für normal empfindlich, ist manchmal niederge -

schlagen und bedrückt und hat hin und wieder Angst, zeigt also in der Beantwortung der Fragen nach der psychologischen Selbsteinschätzung eine deutliche Tendenz zum Mittelwert. Herr G hat ein Hobby, dem er sechs Stunden pro Woche widmet, und er treibt Sport, der ihm ausreichend viel Bewegung verschafft.

Nach dieser ersten Sitzung mit Herrn G zeichnen sich für mich schon folgende Themen ab: Zum einen geht es bei ihm um das Verhältnis zwischen Distanz und Nähe zu anderen Menschen, vor allem zu den eigenen Angehörigen. Die Schwierigkeit, Nein zu sagen und sich abzugrenzen, steht dabei im Vordergrund. Zum anderen scheint es mir bei Herrn G vor allem darauf anzukommen, den Kontakt zu den eigenen Gefühlen und zum Körper wiederzufinden und den Denkerfahrungen zu einem leiblich-emotionalen Pendant zu verhelfen.

Zu Beginn der zweiten Sitzung berichtet Herr G, er habe die Entspannungsübung regelmäßig gemacht; einmal sei der Ohrton ganz schwach gewesen anschließend, aber da habe er sich auch besonders gut konzentrieren können. Seit dem Vortag sei seine Stimmung wieder schlecht,und er verspüre eine innere Unruhe. Auf meine Frage, wie er mit dieser Unruhe umgehe, antwortet er, in der Arbeit gehe er manchmal dann einfach weg und streife ziellos durch die Straßen; das tue ihm gut. Wir sprechen eine Weile über diese Möglichkeit, sich zu sammeln, indem man sich bewegt und Kontakt zum Boden hält, und ich schlage Herrn G schließlich eine bioenergetische Übung vor, bei der ebenso - im Stehen und durch eine bestimmte Form des Stehens - eine "Erdung" zustandekommt. Herr G macht bereitwillig mit und gerät schon bald in einen Zustand des Vibrierens, das den Beginn einer energetischen Lösung anzeigt. Nach einer geraumen Weile beendet Herr G diese Übung und fühlt sich zu seiner eigenen Überraschung wieder klar und kraftvoll. Er sagt, seine Unruhe sei verschwunden und seine

Stimmung eindeutig gehoben. Ich erkläre Herrn G die Wirkungsweise dieser Übung, die es ermöglicht, die auf dem Kopf stehende persönliche Welt wieder auf die Füße zu stellen und die unerquickliche Verankerung des Selbstgefühls in der Späre der Gedanken durch eine spürbare im "Boden" des eigenen Körpers zu ersetzen. Im Anschluß daran kommen wir auf den Vater von Herrn G zu sprechen, der nach seinen Worten unnahbar und bar jeder Herzlichkeit gewesen sei. Als Herr G noch einmal den Zusammenhang mit dem Ohrton erwähnt, sehe ich eine gute Möglichkeit, in die zweite Übung einzusteigen. Während des ersten Teils dieser Übung, der im bloßen Hinhören besteht, wird der Ton für Herrn G stärker; auch im linken Ohr ist ein deutlicher Ohrton wahrnehmbar. Im darauffolgenden Dialog verwandelt sich der personifizierte Ohrton sehr schnell in die Gestalt des Vaters, und in den Reden und Gegenreden, die Herr G vorbringt, geht es vorwiegend um die mangelnde Herzlichkeit seines Vaters. Im Verlauf des Dialogs wird Herr G traurig und fängt an zu weinen, nicht ohne noch zu sagen: "Jetzt ist es doch schneller gegangen, als ich gedacht hab'." Ich frage Herrn G, wo er seine Traurigkeit körperlich am deutlichsten spüre. Er spürt sie im oberen Brustbereich als Spannung und Druckgefühl. Ich will dann von Herrn G wissen, wie es mit seiner eigenen Herzlichkeit stehe. Er erzählt, gegenüber seiner Ehefrau bestehe eine gedämpfte Herzlichkeit, zum Sohn habe er aber ein sehr herzliches Verhältnis, mit ihm umarme er sich sogar hin und wieder. In seiner Schilderung dieses Vater-Sohn-Verhältnisses wird deutlich, wie wohl ihm diese Herzlichkeit und Zuneigung tut und wie sehr sie ihm ein Trost in seiner Traurigkeit über das ist, was er bei seinem eigenen Vater so sehr vermißt hat. In bezug auf seine Frau deutet Herr G noch die sexuellen Schwierigkeiten an, die zwischen den beiden

Ehepartnern bestehen und die dazu geführt haben, daß der sexuell-erotische Kontakt zwischen ihnen gegenüber dem liebevoll-zärtlichen in den Hintergrund getreten ist, womit Herr G sich mittlerweile abgefunden zu haben scheint. Am Ende der Sitzung berichtet Herr G noch über seine ersten Schritte beim Neinsagen, das im Verlauf der letzten Wochen immer wieder gelungen sei; vor allem habe er es auch abgelehnt, irgendetwas darüber zu erzählen, was in diesen Sitzungen passiert. Darauf antwortend, trage ich Herrn G noch auf, sich zu überlegen, ob und wie er Nein sagen könne, ohne dazu den Ohrton zu brauchen.

In dieser Sitzung ist für mich zum Vorschein gekommen, wie Herr G immer wieder durch Denken und Nachdenken seinen Gefühlen aus dem Weg zu gehen versucht. Eine meiner Aufgaben wird es also sein, diese Versuche immer wieder zu frustrieren. Ich freue mich, wie aktiv Herr G in der Sitzung und wohl auch zuhause "arbeitet" und wie sehr er meine Hilfestellungen und Anregungen wahrnimmt und annimmt. Mit dem Beginn seiner Arbeit an der Vater-Problematik, die für ihn ja auch im Zusammenhang mit dem Ohrton bedeutsam ist, hat er bereits ein zentrales Konfliktmoment seines gegenwärtigen Lebens getroffen.

Herr G berichtet in der dritten Sitzung auf meine Nachfrage hin zunächst, es sei ihm nicht durchweg gut gegangen; er habe die Übungen gemacht; vor allem setze er sich mit seinem Vater bzw. dessen Tod auseinander und habe sich auf seine Traurigkeit eingelassen. Er sei jetzt nicht mehr immer sofort auch traurig, sobald er an seinen Vater denke. Seit zwei Tagen gehe es ihm aber wieder so, als habe er ein Brett vorm Kopf; da stocke dann alles und es sei, als ob "die Knöpfe am Gerät alle zurechtgedreht" würden. Ich frage Herrn G, wie er sich dabei fühle, welche Gefühle er in so einer Situation empfinde. Es scheint

Herrn G sehr schwer zu fallen, das herauszufinden, aber im Laufe der Zeit stößt er auf eine Reihe von Gefühlen, die ihm dabei auch in ihrer leibliche Dimension zugänglich werden: Unlust, Beklemmung, Enttäuschung, unbestimmte Traurigkeit und Sehnsucht. Das Gefühl der Beklemmung sitzt für Herrn G vor allem im Bereich des vorderen Halsausschnitts und der oberen Brust. Ich fordere Herrn G auf, seine ganze Aufmerksamkeit dorthin zu lenken und zu beschreiben, was er im einzelnen spürt. Er empfindet eine starke Span - nung in dieser Gegend und stellt einen Zusammenhang zwischen dieser Spannung und seinen Gedanken, seinem Nachdenken her. Ich frage ihn, ob er durch seine Gedanken die Beklemmung verstärke. Herr G bejaht und fügt hinzu, er mache es wohl, indem er sich in Probleme, die sich ihm stellen, hineinbohrt und sich in ihnen festfährt. Ich will daraufhin wissen, wie er das Sich-Hineinbohren körperlich mache. Herr G versucht, seine Grübelhaltung einzunehmen und zeigt schließlich eine vornübergebeugte, in sich geduckte Haltung der Verbissenheit und Verschlossenheit. Ich frage ihn, wie er sich dabei fühle. Er meint, er fühle sich wie in einer Kugel, eingerollt, ängstlich, abweisend, abgeschlossen und nachdenklich; er fange dabei an zu denken. Wir reden eine Weile über das Denken, das ja bei Herrn G eine beträchtliche Rolle spielt. Ich rate Herrn G schließlich, die Steh-Übung, die ich ihm gezeigt hatte, häufig zu machen und sich möglichst viel und schnell zu bewegen. Außerdem trage ich ihm auf, immer wieder einmal seine Aufmerksamkeit auf die Gegend seiner Beklemmung zu richten. Bei der anschließenden dritten Übung ist Herr G intensiv beteiligt. Er berichtet, wie er beim Anhören der Musik nacheinander und wiederholt Fremdheit, Wohlsein und Unruhe empfunden habe und welche Bilder vor seinem inneren Auge entstanden seien. Damit endet dann auch diese Sitzung.

Ich freue mich, wie Herr G unser Therapie- und Übungsangebot nutzt. Die Entschiedenheit, mit der er sich für seine Sache engagiert, erleichtert mir die Arbeit enorm; dadurch fällt nämlich ein erstrangiger Widerstand weg, mit dem ich sonst auf therapeutisch-methodologisch nicht immer vollkommen zu rechtfertigende, aber unter den gegebenen Bedingungen notwendige Weise umzugehen habe.

In der vierten Sitzung berichtet Herr G, es gehe ihm gut; der Ohrton sei zwar sehr laut und "hart" und "in beiden Ohren", aber er fühle sich dadurch nicht belastet, und das sei etwas völlig Neues. Als dann von Herrn G nach einer Weile nichts weiter kommt, schlage ich ihm vor, zur vierten Übung überzugehen. Nach dem ersten Versuch, zu "tönen", erzählt Herr G, was sich bei ihm alles verändert hat; selbst sein Sohn bemerke, daß er in den letzten drei Tagen wesentlich ruhiger geworden sei; er fühle sich auch gelassener und weniger beklemmt. Mir fällt an seiner gesamten Erscheinung eine gewisse Leichtigkeit auf, die ich vorher nicht wahrgenommen habe. Ich sage es Herrn G, und im Verlauf seiner Antwort fällt ihm sein Wunsch ein, ein - mal drei oder vier Tage allein zu wandern. Er wendet aber gleich ein, seine Frau wäre da bestimmt dagegen. Ich schlage Herrn G einen Dialog mit seiner phantasierten Frau vor; Er willigt ein und führt einen Dialog, bei dem der symbiotische Charakter seiner ehelichen Beziehung sehr klar zum Vorschein kommt.
In der Rolle seiner Frau lehnt Herr G seinen Wunsch mit dem Hinweis ab, er sei doch krank und geschwächt, und da müßte sie (er) immerzu Angst um ihn haben. Das macht Herrn G - als er selbst - sichtlich unruhig, traurig und auch etwas wütend, aber schließlich lenkt er ein und meint: "Also gut, wir machen so, wie Du es willst". Bei seinem erstaunlich schnellen Rückzug

bezüglich seines Wunsches, allein und auf eigene Faust und Verantwortung etwas zu unternehmen, fällt mir auf, wie er sich gleichzeitig die Brust streichelt. Ich frage ihn, was er sich selber damit sagen und geben wolle. Er antwortet überrascht, es sei ihm noch nie aufgefallen, daß er das überhaupt macht; er empfinde das als beruhigend und besänftigend, wie eine Art Rückversicherung. Im folgenden Gespräch reden wir über Herrn G's Beziehung zu seiner Frau. Er meint, mit der Heirat habe man eben doch ein gut Teil Freiheit aufgegeben. Ich will wissen, wie viel, wie weit diese Aufgabe der Freiheit für ihn reiche, was er seiner Frau schulde. In seiner Antwort kommt Herr G dann auch auf seine "ketzerischen" Gedanken bezüglich seiner Ehe zu sprechen - "Wieso bin ich gerade mit dieser Frau verheiratet?" -, und diese Ausdrucksweise veranlaßt mich, ihn nach den Dogmen seiner Ehe-Religion zu fragen. Da sich die Sitzung ihrem Ende nähert, trage ich Herrn G auf, zuhause eine Liste mit jenen Dogmen anzufertigen, also aller unumstößlichen und unausgesprochenen Forderungen und Tabus, Ge- und Verbote bezüglich seiner Ehe, die er sich selbst aufgestellt hat. Außerdem empfehle ich ihm die Lektüre des Buches Depression (38).
Zum Schluß erwähnt Herr G noch kurz, welche Erfahrungen er mit der dritten Übung gemacht hat; er hat beispielsweise herausgefunden, daß der Ohrton bei unangenehmen Geräuschen stärker wird.

In die fünfte Sitzung kommt Herr G mit der erfreulichen Nachricht, er fühle sich wohl, das Leben mache ihm wieder Spaß, er könne den Ohrton mittlerweile akzeptieren und fühle sich ihm nicht mehr ausgeliefert. Föhntage wie diese machen ihm ganz im Gegensatz zu der Zeit vorher kaum mehr etwas aus. Dann erzählt Herr G von sich aus und ohne daß ich eingehender interveniere von seiner "Dogmen"-Liste, seiner Ehe, seiner Frau, seinem Seitensprung und

so weiter. Dabei wird deutlich, daß er - zumindest im Bewußtsein - seine Ehe akzeptiert und sich mit seinem sexuellen Eheleben abgefunden hat. Ich greife nicht ein, da ich sehe: hier ist ein Mann, der bestimmte Dinge nicht problematisieren will; er paßt sich den Gegebenheiten weitestgehend an und steht auch dazu. Er hat seinen Weg gefunden, mit den problematischen und unbefriedigenden Seiten seines Ehelebens zurechtzukommen und ist in dieser Hinsicht, wie man fachterminologisch sagen würde, gut kompensiert. In Anerkennung dieser Tatsache beschließe ich, nicht weiter an diese Dinge zu rühren und sage Herrn G nur noch, es gehöre nach meiner Meinung viel Kraft dazu, nicht adäquat genutzte - vor allem sexuelle - Energien abzufangen. Bis zum Ende der Sitzung sprechen wir dann noch über die fünfte Übung, wobei Herr G erwähnt, er habe schon von sich aus öfters einen Dauerlauf gemacht, als der Ohrton besonders schlimm gewesen sei. Zu seinen Erfahrungen mit der vierten Übung meint Herr G, vor allem der "Gegenton" habe ihm besonders wohlgetan, er habe einen Ton hervorgebracht, der einem tiefen Cello-Ton ähnlich gewesen sei und ihn sehr beruhigt habe.

Herrn G geht es nach wie vor gut. Er erzählt in der sechsten Sitzung, am Vortag sei der Föhn bei ihm zwar etwas wirksamer gewesen und er habe sich "bekloppt" gefühlt; er sei aber trotzdem dabei nicht "untergegangen". Die anderen hielten ihn immer für gelassen und ruhig, aber das sei nur äußerlich so; innerlich sei es anders, obwohl er tatsächlich seit unseren Begegnungen ruhiger und "echt" gelassener geworden sei. Auf meine Frage, was denn diese Unruhe sei und wo er sie verspüre, antwortet er, es sei Angst, und die sitze da, wo er auch seine Beklemmung fühle, und im Gehirn arbeite sie in Form von Grübeln. Dieses Grübeln habe ihm ja einerseits schon oft geholfen, indem er sich

von vornherein bei anstehenden Diskussionen alle möglichen Einwände der anderen überlegt habe und dadurch gewappnet gewesen sei; das sei von Vorteil und deshalb akzeptiere er es auch. Aber dennoch sei da eben die Angst und diese unangenehme innere Unruhe. Ich frage Herrn G, mit welcher Person die Angst in Verbindung stehe. Ohne Zögern meint er, sie hänge mit seinem Vater zusammen. Der Vater habe ihn immer weggeschoben - "Du kannst das nicht!", "Ich mach das schon" -, auch noch, als er selbst schon erwachsen gewesen sei. Der Vater habe zwar nicht geschlagen, sei aber nie herzlich oder gar zärtlich gewesen; vielmehr habe er ihn als ausgesprochen zynisch in Erinnerung. Heute mache er zum Beispiel Dinge, die sonst immer der Vater gemacht habe und die ihm auch nie jemand zugetraut habe. Herr G erinnert sich, wie der Vater aus dem Krieg auf Urlaub nach Hause kam und erzählt, da sei er - damals fünf Jahre alt - unter den Tisch gekrochen und habe sich soviel wie möglich versteckt. Im folgenden Ge - spräch rollt Herr G dann die ganze Geschichte seiner Beziehung zum Vater auf. Ich weise ihn darauf hin, daß damals wohl schon auf beiden Seiten eine starke Eifersucht und Rivalität wirksam gewesen sei. Das leuchtet Herrn G ein,und er meint, er habe ja auch erst mit fünf Jahren seinen Vater zum ersten Mal bewußt gesehen; bis dahin sei er mit seiner Mutter allein gewesen. Als der Vater dann wieder habe wegfahren müssen, sei er mit seiner Mutter ins Haus des Großvaters im Sudetenland gezogen und habe dort bis zum siebten Lebensjahr mit den Großeltern und zwei Onkeln samt deren Familien in einer Art Großfamilie gelebt. Diese Erfahrung war für Herrn G offenbar von entscheidender Bedeutung, und er erzählt mit großer innerer Bewegung, wie der eine Onkel ihn immer nach der Arbeit unterrichtet habe, da er die tschechische Schule nicht habe besuchen dürfen. An ihm sei

er "wie ein kleiner Hund" gehangen, und er habe ihn sehr gerne gemocht, was wohl auch von Seiten des Onkels der Fall war. Ein Jahr nach dem Ende des II.Weltkrieges seien sie dann alle vertrieben worden - nur die Großeltern seien zurückgeblieben, was ihm damals sehr weh getan habe - und mitsamt ihrer Habe in ein Lager in Oberbayern gekommen, das für ihn ein Abenteuerparadies gewesen sei. Erst dort habe er dann den Vater wiedergesehen, der ihn und seine Frau zu sich in einen anderen Ort in Oberbayern geholt habe, wo er Arbeit gefunden hatte; da habe er sich dann von seinem geliebten Onkel trennen müssen. Der Vater sei ihm ganz fremd gewesen und auch die Mutter sei ihm nicht mehr so nah gewesen - von diesem Zeitpunkt an. Ich frage Herrn G, was so ein kleiner Bub in dieser Situation wohl mache. Er antwortet, der sei enttäuscht und räche sich; und diese Rache habe bis ins Erwachsenenalter angehalten, z.B. in der Berufswahl. Er sei eben nicht Ingenieur geworden, wie das sein Vater so gerne gesehen hätte, sondern - wie die männlichen Vorfahren mütterlicherseits - Eisenbahner. Auch habe er sich geweigert, Bundeswehroffizier zu werden, was sein Vater gerne gesehen hätte. Dann meint Herr G, es hätten aber wohl beide Seiten dazu beigetragen, daß die Beziehung nie herzlich war - ganz im Gegenteil zu der zum Onkel, die bis zu dessen Tod nie aufgehört habe, herzlich und liebevoll zu sein. Mit dem Tod des Vaters sei dies alles schrecklich aufgebrochen. Ich frage Herrn G, ob er glaube, seinem Vater auch einmal verzeihen zu können. Er sagt, er sei erst jetzt, nachdem ihm dies alles klar geworden sei, dazu bereit. Er habe zum ersten Mal wieder über seine Beziehung zum Vater reden können, ohne Beklemmung und das Gefühl des Zusammengeschnürtseins zu empfinden; er fühle sich erstmals frei. Mit diesen Worten von Herrn G gelangen wir ans Ende die-

ser auch mich erschütternden Sitzung; die anstehende sechste Übung, in der es thematisch um eben solche Dinge geht, überlassse ich Herrn G ganz zur eigenen Erarbeitung.

Die sechste Sitzung mit Herrn G zeigt, wie ein Therapie- und Übungsprogramm "Hilfe zur Selbsthilfe" für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen, im Idealfall ablaufen kann. Mit Herrn G kam ein Zeitgenosse zu uns, der unter einem Ohrton litt und den festen Vorsatz hatte, zu lernen, wie er mit diesem Phänomen besser zu - rechtkommen kann; zudem kam er mit der für ihn verbindlichen Vermutung, sein Tinnitus hänge mit seinem Vater zusammen. Das Leiden am Ohrton und das Leiden an der unbewältigten Beziehung zum Vater gingen bei ihm Hand in Hand, wobei ich der Klarheit halber begleitende Schwierigkeiten einmal außer Acht lassen möchte. Die entschlossene Arbeit von Herrn G an sich selbst ließ nicht nur diesen Zusammenhang immer klarer erscheinen, sondern führte auch zu der dargestellten zunehmenden Be- und Verarbeitung des aktuellen psychischen Konflikts, des unmittelbar anstehenden "unerledigten Geschäfts" - wodurch sich wiederum das persönliche Affiziertsein durch den Ohrton verringerte, ganz abgesehen von der übrigen "Stimmungsaufhellung". Diese bei Herrn G gewissermaßen von selbst abgelaufene Entwicklung , die nur noch auf hörende Ohren, sehende Augen und ein mitfühlendes Herz gewartet hatte, darf dann auch im Rahmen dieser Problematik an ihr Ende gelangen und braucht nicht auf den sicherlich vorhandenen übrigen Spannungsreichtum seiner Persönlichkeit überzugreifen, der somit in jeder Hinsicht bleiben kann, was er ist. Auf diese Weise steht im Idealfall dieses Programms für relativ kurze Zeit zwar der ganze Mensch - mit seinem spezifischen Leiden als Ausgangspunkt - , aber nicht alle seine bewußten und unbewußten Konflikte zur Debatte.

Herr G kommt mit stark geschwollenen Lidern in die siebte Sitzung, und ich vermute, daß er entweder geweint hat oder daß Tränen anstehen. Ich frage ihn, wie er das letzte Gespräch verdaut habe. Er antwortet, es sei ihm ein paar Tage lang sehr schlecht gegangen, seine Stimmung sei verändert, heute fühle er sich depressiv. Ich sage ihm, es sei da ja auch viel aufgewühlt worden in der vergangenen Sitzung, was er lange Zeit in sich begraben und verhalten habe. Daraufhin schildert Herr G, wie deutlich ihm die "Glaswand" zwischen sich und seinem Vater bewußt geworden sei. Ich frage ihn, ob es noch andere Menschen gebe, denen gegenüber er eine "Glaswand" verspüre. Herr G nennt seine Mutter und erzählt, sie sei ihm eigentlich immer fremd gewesen und geblieben, sei auch heute noch immer kurz angebunden und eigentlich eine lieblose Frau. Die Ehe seiner Eltern sei auch kaum liebevoll gewesen, Schmusereien habe es da keine gegeben, sie hätten halt nebeneinander hergelebt. Auf meine Frage, wie denn sein Verhältnis zur Mutter vor der Vertreibung gewesen sei, antwortet er, auch damals sei er schon viel lieber beim Opa und beim Onkel gewesen. Dann erinnert sich Herr G an den Abschied von seinen Großeltern und seinem Heimatdorf im Jahr 1946. Er sagt, er wisse alles noch ganz genau, wie sie auf dem Marktplatz in einen LKW gestiegen seien und die Großmutter ihnen getrockneten Kuchen mitgegeben habe, und dann kommen ihm die Tränen. Er versucht zunächst, sie wegzudrücken, und ich frage ihn, was er mit seinen Tränen mache. Er meint, er dränge sie weg und unterdrücke sie. Ich ermuntere ihn, sie zuzulassen und bei seiner Trauer und dem Schmerz zu bleiben. Herr G läßt sich auf seine Traurigkeit ein und weint längere Zeit, während er weiterhin seine Erinnerungen an den Abschied vom geliebten, gütigen und absolute Autorität ausstrahlenden Großvater und von "daheim"

erzählt. Schließlich fällt ihm auf, daß er immer wieder die Ausdrücke "heim" und "daheim" verwendet, und er ist völlig verwundert darüber. Er sagt, er habe bisher nie von "Heimat" geredet, es sei ihm gar nicht in den Sinn gekommen; er habe sich auch nie einer Landsmannschaft angeschlossen. Und jetzt, nach fast vierzig Jahren, komme der Verlust seiner Heimat mit so vielen Gefühlen wieder hoch. Er fragt, wie das möglich sei. Ich antworte ihm, ich stellte mir vor, daß da eben noch alter Schmerz sei, daß er den Verlust seiner Heimat noch nicht ganz verwunden habe. Dann reden wir eine Weile über das Thema "Heimat", über äußere und innere Heimat und so weiter. Ich frage Herrn G, wieviel Heimat er in sich habe, ob er von der dortigen Geborgenheit und Ruhe sich etwas bewahrt habe. Herr G erzählt, wie er gerade dabei ist, mit seiner Mutter eine Reise in die alte Heimat zu planen. Die Annäherung an die innere Heimat geht offensichtlich mit einer Wiederannäherung an die äußere einher. Da sich die Sitzung allmählich ihrem Ende nähert, gehe ich noch auf ihr eigentliches Thema kurz ein, das ja in dem Gespräch durchaus mit angeklungen ist, und gebe Herrn G in die dreiwöchige Pause eine Zusammenfassung der bislang angesprochenen Themen und Probleme sowie die Aufgabe mit, sich Fotos von früher einmal anzuschauen und die Trauer noch eine Weile "im Gefühl" zu behalten. Als ich ihm sage, daß ich mich an seinen Fort - schritten freue, meint er, er wundere sich schon selbst darüber, was alles passiert sei. Dann fügt er noch hinzu, er habe seiner Frau auch schon gesagt, daß er alleine wandern wolle. Und beim Abschied sagt Herr G, dieser Tag der Woche,an dem er zur Stunde komme, sei der, auf den er sich am meisten freue. Er würde gerne in einer Woche wiederkommen, aber da sei ja leider schon die große Pause.

In die achte Sitzung kommt Herr G mit der Nachricht, er nehme nun keine Tabletten mehr und fühle sich zur Zeit vom Ohrton überhaupt nicht beeinträchtigt; er habe in den vergangenen Wochen beim Üben eine Reihe guter und verblüffender Erfahrungen gemacht. Die erste Übung sei seine Lieblingsübung; dann komme die vierte Übung. Das Tönen mache er oft; dabei sei es ihm passiert, daß der Ohrton nach dem nachahmenden Tönen eine Zeitlang völlig verschwunden gewesen sei; die Vorstellung, der Gegenton träte an die Stelle seines eigenen Tones, sei ihm geradezu unangenehm, denn dieser Gegenton, den er da immer produziere, sei so schön, ein "Sirenen-Gesang", und den würde er auf die Dauer bestimmt nicht aushalten; da sei ihm sein jetziger Ohrton weitaus lieber. Im übrigen fühle er sich innerlich klar und gelassen; auch unternehme er wieder etwas, zum ersten Mal seit zwei Jahren. Er habe mit seiner Frau eine kleine Reise gemacht. Mit der Hausmusik wolle er jetzt wieder anfangen. Seine Angehörigen sagen ihm öfters, wie sehr er doch aus seiner Depression herausgekommen sei. Ich frage Herrn G, wie sich das Thema "Heimat" weiterentwickelt habe. Er berichtet darüber und kommt so auf seine Mutter zu sprechen. Er findet, er habe mit ihr keinen persönlichen Kontakt und habe wohl auch nie einen gehabt. Ich frage Herrn G, ob er denn einen persönlichen Kontakt wolle. Nach einigem Nachdenken bejaht er. Im weiteren Verlauf des Gesprächs arbeitet Herr G mit meiner Hilfe Phantasie und Realität dieser Bedürfnisse heraus. Er stößt unter anderem auf sein eigenes Ideal der Pflicht zur Elternliebe. Er findet heraus, daß er zwar mit seiner Mutter sprechen möchte, aber nicht weiß, was und worüber - da sei nur gähnende Leere. Er möchte ihr aber z.B. nicht sagen, daß er sie gerne mag. Dann meint er, er denke neuerdings manchmal, ob er nicht ein ungeliebtes, unerwünschtes Kind sei. Mit dieser Äußerung wirft Herr G einen momentanen

Blick in Gefühlsabgründe, auf die er sich aber nicht weiter einlassen will und die im allgemeinen auch unter einem dicken Abwehrpanzer, tief verborgen und wohlverwahrt, liegen. Herr G hat sich, um es prägnant zu formulieren, in seiner Neurose eingerichtet und ist aufgrund der ihr innewohnenden lebenslangen Dynamik, die eine solche Etablierung ebenso fördert wie sie sie verhindert, in eine vorübergehende Krise geraten. Da ergeben sich dann auch unter Umständen jene Tiefenblicke ins eigene Innere, deren Weiterung zu einer umfassenden Schau tiefgreifende Wandlungen nach sich ziehen würde. Dies ist vielleicht der Fall, wenn die akute Krise in eine Dauerkrise mündet und die ausgleichenden, positiven, lebensbejahenden, Lust und Befriedigung spendenden Kräfte versagen. Sie scheinen bei Herrn G stark genug zu sein, so daß es sich erübrigt, Dinge ans Licht zu zerren, die ihren Platz in der Persönlichkeitsstruktur offenbar schon dauerhaft gefunden haben. Das ist ein Grund, weshalb ich auf die oben beschriebene Vermutung von Herrn G nicht weiter eingehe. Wir reden im weitern Verlauf des Gesprächs über die Enttäuschungen, die Herr G Zeit seines Lebens von Seiten seiner Eltern, Vater und Mutter, immer wieder einstecken mußte und die er,wie ihm dabei aufgeht, permanent zu entschuldigen versuchte. Er sagt, er habe bis heute ständig versucht, diese Enttäuschungen kleiner zu machen, als sie waren, irgendwie herunterzuspielen, abzuwiegeln. Wie groß muß da der Schmerz sein? Wir reden noch weiter - bis zum Ende der Sitzung - über die Mutter und die Lieblosigkeit und Kälte, die sie ausstrahlt.

Die Arbeit mit Herrn G ist nicht nur deshalb so befriedigend, weil er seine eigenen Themen selbst findet und sich entwickeln läßt und es mir dadurch erspart, aus einem Gewirr von Rationalisierungen und Einsichten, projezierten Verdrehungen und ak-

zeptierten Eigenarten, abstrakter Normalität und körperlich verankertem Selbstgefühl einen - wenn auch nur mir sichtbaren - roten Faden zu extrahieren; er geht vielmehr auch in der Bearbeitung dieser Themen seinen eigenen Weg, erzählt, reflektiert, urteilt, erinnert sich usw., auf dem ich ihn dann wirklich nur noch mit Herz und Hirn und wachen Sinnen zu begleiten habe - nicht ohne ihn ab und zu, wenn die geistige Arbeit sich in den Vordergrund schiebt, an seine Gefühle, Empfindungen und sinnlichen Wahrnehmungen zu erinnern. Das ist es, was "Hilfe zur Selbsthilfe" in bezug auf den "Therapeuten" eigentlich bedeutet: nicht die Entfaltung eines großen Zaubers aus der therapeutischen Trickkiste, sondern das fürs Stehen- und Gehenlernen vielleicht notwendige Minimum an Hilfestellungen und Unterstützungen, die der vermitteln kann, der zu sich selbst schon unterwegs ist.

Zu Beginn der neunten Sitzung fühlt sich Herr G leer im Kopf, dumpf, wetterbedingt unlustig und müde. Ich frage, ob er da am liebsten schlafen würde. Er bejaht und fährt fort, am liebsten würde er schlafen oder gehen. Aber er könne ja nicht jedesmal einen Tag Urlaub nehmen, wenn er unlustig sei; ab und zu habe er das schon getan, aber er müsse sich doch auch selbst überwinden. Überhaupt habe er so eine Tendenz zum Penner in sich, und der dürfe er nicht nachgeben. Vor dem Auftreten seines Ohrtons sei er ja ungeheuer aktiv gewesen, und er frage sich manchmal, wie es bloß dazu gekommen sei, daß er überall mitgemischt hat. Ich fordere ihn auf, zu erzählen, wie es dazu gekommen sei, und er berichtet über die Anfänge seiner Aktivitäten im Sport- und Tennisverein, übers Musizieren usw. Dabei wird ihm - d.h. also im Erzählen und Erinnern - deutlich, wie es tatsächlich "dazu gekommen ist". Herr G erzählt, er habe lange Zeit einer Musikband angehört, mache aber schon seit acht Jahren keine

Tanzmusik mehr. Er sei damals ausgestiegen, weil es ihm zu viel geworden sei. Seit dem Auftreten des Ohrtons, seit er in diese "Depression" geraten sei, habe er überhaupt nicht mehr musiziert. Er habe sich nur noch zurückgezogen, habe alle Aktivitäten eingestellt, seine Vereinsfunktionen abgegeben, sei nicht mehr nach außen gegangen; gelacht habe er auch nicht mehr; er habe nur noch alles doof und fragwürdig gefunden. Aber jetzt fange er schon wieder an, aktiv zu werden. Er sehe das als gutes Zeichen; er wolle nämlich Countrymusic machen mit anderen zusammen, so "eine Art Altherren-Club". Ich frage Herrn G, wie denn das so sei mit dem Alten Herrn, ob die Ohrton-Phase auch ein Abschied von der Jugend gewesen sei, ein Überdenken und In-Frage-Stellen seines bisherigen Lebens, eine Midlife-Crisis. Herr G bejaht das entschieden und meint, das sei ein regelrechter Einschnitt und Sprung gewesen; er habe sich geradezu schon auf ein Pensionistendasein eingestellt und sich immer ausgemalt, auf den Parkbänken zu sitzen und Rente zu beziehen. Körperlich sei er nicht mehr so frisch gewesen, aktiv und anpackend auch nicht, er habe einfach nicht mehr überall mitgemacht und sich auf alles eingelassen. Jetzt sei er kritischer, abwägender, sortiere erst mal, sage nicht gleich zu allem "Ja", sei nicht mehr so spontan und, vor allem nach diesen Sitzungen mit mir, viel ruhiger, innerlich gelassener; diese Unruhe in ihm sei weg, auch "jucke" ihn der Ohrton ja überhaupt nicht mehr. Ein besonders gutes Omen sei auch, daß er jetzt eine Reise nach Florenz plane, und mit seinem Sohn wolle er nach London reisen - das habe es die ganzen zwei Jahre nicht mehr gegeben. Auch die Beziehung zu seiner Frau habe sich verändert; sie seien näher zusammengerückt, und seine Frau teile jetzt auch seine Kunstinteressen manchmal ganz ehrlich. Und er lache jetzt wieder, was er nämlich eigentlich besonders

gern tue; am liebsten seien ihm - auch wenn ich es nicht glauben würde - Dick-und Doof-Filme, schon seit Kindertagen. Dabei fängt Herr G an, von Herzen zu lachen, bis ihm die Tränen kommen. Ich lache mit, sage ihm, ich könne das gut verstehen und fände es durchaus nicht kindisch. Ich will stattdessen wissen, was ihm an diesen Filmen und Gestalten so gut gefällt. Es ist die Güte, das Menschliche, das Unschuldige der beiden Gestalten. Herr G bejaht, als ich ihn frage, ob er darin ein Stück von sich selbst wiedererkennen könne. Damit ist die Sitzung an ihr Ende gekommen, und ich erkläre Herrn G zum Schluß nur noch das Programm für die letzte Stunde.

Herr G kommt in die letzte Sitzung, und es geht ihm gut. Er zeigt sich voller Dankbarkeit und meint, eine glückliche Fügung habe ihn wohl zu mir geführt, und er glaube nun gar nicht mehr, daß alles bloß Zufall sei. Er sei herausgekommen aus dem Grübeln, der Verzweiflung, dem Verstricktsein und dem Hadern mit dem Schicksal, das Ohrton hieß. Er stellt die Frage, ob berechtigte Hoffnung sei, daß es so bleibe, wie es jetzt ist. Ich finde, ja, und ich nenne ihm meine Gründe: er habe sich eingelassen und an sich gearbeitet, habe unerledigte Gefühlsangelegenheiten erledigt, sodaß der Ohrton wirklich in den Hintergrund treten könne und nicht mehr mit so vielem verknüpft sei.
Ich freue mich über das Ergebnis unserer Arbeit und bin sehr zufrieden. Nachdem wir noch eine Weile miteinander über dies und jenes plaudern, lege ich Herrn G unseren Fragebogen zur Nachuntersuchung vor und begleite ihn anschließend zur audiometrischen Untersuchung. Unsere Begegnung endet mit einem herzlichen Abschied.

i. Patient H

Frau H ist 33 Jahre alt und von Beruf Telefonistin. Sie ist mittelgroß und neigt zu einer gewissen Körperfülle, die durch eine generelle Schlaffheit ihres Gewebetonus weniger kompakt als zerfließend wirkt. Frau H macht bei dem kurzen Erstgespräch einen müden Eindruck auf mich. Sie spricht von sich aus kaum einmal ein Wort, und selbst auf meine Fragen und Anstöße hin kommt nur wenig aus ihr heraus, sodaß ich bereits bei dieser ersten Begegnung die Gefahr wittere, mich in der Rolle des Unterhalters und "Fütterers" in ihrer eindeutig oral-depressiven Struktur zu verfangen. Immerhin erzählt Frau H, ihr Ohrton sei vor gut einem Jahr erstmals aufgetreten, als sie an einem sehr lauten Arbeitsplatz gewesen sei und es schon nicht mehr habe aushalten können. Im Frühjahr desselben Jahres sei sie nervlich krank gewesen, habe auch mit dem Herzen Probleme gehabt; aber das habe sie jetzt überwunden, und ein organischer Schaden am Herzen habe auch nicht festgestellt werden können. Sie leide, wie sie auf meine Nachfrage hin berichtet, an Hypotonie und nehme auch regelmäßig Medikamente dagegen ein. Da Frau H sich für unser Programm, das ich ihr im Folgenden erläutere, interessiert, lege ich ihr unseren Kurzfragebogen zur audiologischen Anamnese vor. Aus diesem geht hervor, daß sie vorwiegend im linken, aber zuweilen auch im rechten Ohr einen gleichbleibenden Ohrton hört, der sie vorwiegend in Ruhe stört, bei Erregung stärker wird und sich durch die bisherige durchblutungsfördernde Therapie nicht gebessert hat. Den Grad der Belästigung gibt Frau H als "geringfügig bis mittelstark" an. Am besten hilft ihr, den Ohrton durch externe Geräusche zu vertäuben. Ihre minimale Hochton-Schwerhörigkeit nimmt sie subjektiv überhaupt nicht wahr; gelegentlichen Schwank-

schwindel empfindet sie als störend.

Frau H beschließt, an unserem Programm teilzunehmen und schickt nach wenigen Tagen den ausgefüllten Fragebogen zur Anamnese zurück. Aus ihm wird ersichtlich, daß sie verheiratet ist, keine Kinder hat, über einen Hauptschulabschluß verfügt und von Berufs wegen weder körperliche Arbeit leistet noch viel Bewegung hat. Frau H gibt an, ihren Ohrton ständig hören zu können; Situationen, in denen der Ohrton nicht auftritt, gibt es nicht. Er erscheint ihr als Klingen und Summen beschreibbar. In bezug auf den Ohrton fühlt sich Frau H nicht unter Streß, wohl aber in allgemeiner Hinsicht. Der Ohrton tritt bevorzugt in Ruhe - auch tagsüber - und am Abend vor dem Einschlafen auf und verschlimmert sich unter Streß, nach Anstrengung und, wie schon gesagt, bei Gefühlserregung. Außer der Hypotonie leidet Frau H an keinen akuten und chronischen Krankheiten. In bezug auf die Fragen nach der sozio-psychologischen Selbsteinschätzung reiht sie sich durchgehend in die mittelwertige "Normalität" ein - sofern sie die Fragen überhaupt beantwortet. Frau H hat ein Hobby, dem sie "so viel Zeit wie möglich" widmet; sie treibt keinen Sport und hat dementsprechend wenig Bewegung.

In der ersten Sitzung schlage ich Frau H zunächst eine stille Minute vor, nach deren Verlauf sie lediglich zu sagen weiß, es sei nichts Besonderes passiert. Dann bitte ich sie, mir zu erzählen, wie sie aufgewachsen sei, wie Kindheit und Jugend verlaufen seien. Frau H's Schilderung ist wenig ergiebig und bietet keinen Ansatz für eine weitergehende Arbeit. Mir fällt auf, daß sie in ihren Erzählpausen immer wieder ihren Blick in eine unbestimmte Ferne schweifen läßt und sich wie in einen Tagtraum zu absentieren scheint. Ich frage Frau H, ob sie denn viel in

den Tag hinein träume und was ihr da alles so vorschwebe. Sie bejaht meine Frage und meint, sie sei"eher romantisch veranlagt". Wenn sie träume, hänge sie den am Himmel vorüberziehenden Wolken nach; sie stelle sich vor, die Wolken seien Schiffe, die im blauen Meer treiben; eine ihrer Lieblingsvorstellungen sei die von einem Haus oder Bauernhof mit einem großen Garten, Blumen und Tieren.Zuhause lese sie auch mit besonderer Vorliebe, vor allem die Bücher von Konsalik möge sie gerne; da zünde sie sich dann eine Kerze an und mache es sich gemütlich. Im weiteren Gespräch, das ich immer wieder durch Fragen anrege, berichtet Frau H, sie wolle im kommenden Jahr ein Kind adoptieren. Ich will wissen, ob sie keine Kinder bekommen könne. Sie sagt, sie habe keine Gebärmutter, und zwar schon von Geburt an; sie habe es aber überhaupt erst erfahren, als sie siebzehn Jahre alt gewesen sei; da hätte es sich bei einer Untersuchung herausgestellt. Frau H scheint diese Tatsache irgendwie verarbeitet zu haben, denn sie spricht darüber recht gelassen und ohne einen Unterton, der ein Problem vermuten lassen könnte. Auf meine Nachfrage hin erklärt sie, sie habe sich damit abgefunden. Was mich jedoch auch dabei verwundert, ist die träumerische Apathie, die Frau H in meinen Augen an den Tag legt, und ich frage mich, ob nicht vielleicht in ihr wie in einem Sammelbecken alle möglichen Konflikte und Probleme, Leid und Leidenschaften zusammenlaufen und scheinbar aufgehoben, in Wirklichkeit aber aufgeschoben, nämlich abgewehrt, sind. Frau H scheint keinen sonderlich starken Leidensdruck zu haben; sie würde wohl am liebsten in ihre Traumwelten überwechseln, wenn da nicht immer die "harte Wirklichkeit" wäre. Ich stelle mir vor - wie immer, wenn der Patient wenig sagt, was eindeutig ist und im Zusammenhang von selbst einen Sinn ergibt, von selbst verständlich wird -, daß auch der Ohrton Teil dieser

"harten Wirklichkeit" sein könnte, die sie immer wieder aus ihren Träumen wachrüttelt. Ich beschließe aus diesen Überlegungen heraus, am Thema "Träumen" zu bleiben und die Arbeit der Bewußtwerdung dorthin zu lenken. Gegen Ende des Gesprächs trage ich daher Frau H auf, in der nächsten Zeit sowohl auf die Inhalte ihrer Tagträume zu achten als auch zu versuchen, sich nächtliche Träume zu merken und aufzuschreiben. Den zweiten Teil der Sitzung nimmt die Durchführung der Entspannungsübung ein, bei der sich Frau H nach ihren Angaben gut entspannen kann, was ihr besonders an den warm gewordenen Händen und Füßen deutlich wird, die sonst immer eher kalt seien.

Am Ende dieser Sitzung bietet mir Frau H das Bild eines passiv-apathischen Menschen, der in jeder Hinsicht weder viel von sich gibt noch von sich erfahren zu wollen scheint. Die Äußerungen - verbal wie nonverbal - von Frau H sprechen für mich insgesamt nicht nur von einem reduzierten Selbstbild, sondern auch von einem minimalen und verschwommenen Selbstgefühl. Die träumerische Qualität, die Frau H buchstäblich verkörpert, wird in unserer gemeinsamen Arbeit wohl im Vordergrund stehen. Dabei dürfte es vor allem um das Wechselspiel von Aktivität und Passivität, Traum und Wirklichkeit, Phantasieren und Realisieren gehen. Ich sehe schon jetzt eine deutliche Schwierigkeit darin, wie Frau H zu einem - auch in den Sitzungen - aktiveren Verhalten finden kann, ohne daß ich sie ständig dazu anrege. Ich sehe mich gerade bei Frau H in einer gewissen Zwickmühle, die freilich auch mit der Art, der Dauer und den Umständen dieses Programms zu tun hat: ohne Aktivierung versandet die Arbeit im Schweigen oder im unverbindlichen Plaudern; je mehr ich die Rolle des Aktiven übernehme, desto mehr bestärke ich Frau H in ihrer Passivität und arbeite für sie, anstatt sie ihre Arbeit selber tun

zu lassen bzw. sie dabei zu unterstützen. Meine Aufgabe wird also darin bestehen, immer wieder bewußt zwischen eigener Aktivität und Passivität, auch zwischen aktivem Frustrieren und geduldigem Abwarten zu wählen und so letztlich einen für mich befriedigenden Mittelweg einzuschlagen.

Am Anfang der zweiten Sitzung frage ich Frau H zunächst, wie es ihr gehe. Sie berichtet, sie habe die Übung nicht so gut durchführen können, weil Besuch da gewesen sei; außerdem habe sie nur eine kleine Wohnung, und da ginge so etwas nicht so gut. Sie fühle sich zur Zeit nicht so wohl, da ihr Mann weg sei. Ich frage sie, was ihr denn in dieser Situation am meisten fehle. Frau H meint, es sei halt langweilig. Dann will ich - nach einer geraumen Weile des Schweigens - wissen, ob sie sich einen Traum gemerkt habe. Frau H verneint und fügt hinzu, sie vergesse ihre Träume immer gleich. Ich erinnere Frau H daraufhin an ihren immer wiederkehrenden Tagtraum von den weißen Schiffen (Wolken), die auf dem Meer dahinfahren. Ich schlage ihr vor, ihn einmal bewußt weiterzuspinnen: sie solle sich vorstellen, auf einem dieser weißen Schiffe zu sein. In einer etwas mühsamen Kleinarbeit in Form wiederholter Fragen meinerseits entwickelt Frau H folgende Phantasie: Sie fährt mit ihrem Mann auf dem Schiff zu einer Insel in der Südsee. Auf der Insel wachsen Palmen, und es stehen auch ein paar Häuschen darauf. Das Ganze ist zum Meer hin von einem Zaun umgeben.Frau H sieht sich zum Fischen gehen und anschließend am Strand liegen und faulenzen. Ihr Mann tut dasselbe wie sie. Die Welt lassen beide hinter sich. Weiter geschieht nichts. Auch zum Gehalt ihrer Phantasie fällt Frau H auf meine Nachfrage hin nichts ein. Ich will wissen, ob sie so etwas schon einmal erlebt habe. Frau H bejaht und erzählt, sie sei einmal im Senegal auf Urlaub gewesen, aber da sei es

auch nicht ganz das Richtige gewesen, denn sie sei allein hingefahren. Die Liebe habe ihr gefehlt, sagt sie nach einer Weile. Die schleppende Entwicklung des Gesprächs veranlaßt mich zu sagen, ich hätte das Gefühl, jede Menge schieben und ziehen zu müssen , damit sie sich überhaupt äußert. Dazu meint Frau H unter anderem, sie habe eigentlich nicht gemeint, sich hier anstrengen zu müssen. Sie habe eher zur Ruhe kommen wollen. Nach einer Weile gehen wir zur zweiten Übung über. Ich erkläre Frau H, worum es geht. Sie ist zunächst sehr erstaunt, macht aber dann bereitwillig mit. Nach dem ersten Teil der Übung meint Frau H, der Ohrton sei beim Hinhören lauter gewesen. Beim anschließenden Dialog, der mich in seiner Lebendigkeit überrascht, sagt Frau H zum Ohrton als erstes: "Geh weg!". Dabei macht sie eine Bewegung, als ob sie dem personifizierten Ton eine Ohrfeige geben würde. Ich fordere Frau H auf, diese Bewegung mehrmals zu wiederholen und zu intensivieren. Frau H macht es - mit Spaß und herzlichem Gelächter. Auf meine anschließende Frage, wie sie sich nun fühle, antwortet sie verwundert, das Dröhnen im Ohr sei jetzt viel leiser, außerdem sei ihr rundherum warm; sie sei ja richtig in Bewegung gekommen. Im weiteren Dialog mit dem Ohrton weiß dieser nichts zu sagen. Frau H meint, der summe bloß vor sich hin. Ich will wissen, was er wohl damit sagen wolle. Frau H meint; "Sie müßte vielleicht etwas anders machen". Auf meine Frage an Frau H, was sie denn so mache, weiß sie keine Antwort. Wir kehren zum Ohrton zurück. Frau H sagt, vielleicht summe er, weils ihm Spaß macht; aber immer bloß summen sei doch langweilig. Ich frage: "So wie immer bloß träumen?" Frau H's Antwort lautet: "Ja, ich träume ja immer anders, aber der Ohrton ist doch eintönig und langweilig." Was er außerdem sei, will ich noch wissen. Frau H findet, er habe keinen Unternehmungsgeist. Als ich den fehlenden

"Unternehmungsgeist" des Ohrtons mit ihrem "persönlichen" verbinde, sagt Frau H: "Ja, vielleicht würde er weggehen, wenn ich etwas unternehmen würde." Daraufhin reden wir bis zum Ende der Sitzung über das Thema "Unternehmungsgeist" und darüber, was es alles zu unternehmen gäbe. Frau H erzählt, vor vier bis fünf Jahren sei sie noch unternehmungslustiger gewesen, aber in der letzten Zeit sei sie recht faul geworden. Ich fordere Frau H auf, einmal konkret auszumalen, was sie unternehmen könnte. Sie kommt aufs Tanzen und denkt sich aus, daß und wann und wie sie mit ihrem Mann wieder einmal tanzen gehen könnte. Als ich ihr zum Schluß der Sitzung nahelege, diese Vorstellung auch zu realisieren, meint sie: "Ja, wenn mir meine angeborene Faulheit nicht dazwischenkommt!"

Ich habe nach dieser Sitzung den Eindruck, daß wenigstens ein erster Schritt in Richtung auf eine Aktivierung getan ist und bin froh, daß ich Frau H dabei nicht einen Fuß vor den anderen gesetzt habe, sondern daß sie sich selber etwas bewegt hat.

Auf meine Nachfrage hin berichtet Frau H zu Beginn der dritten Sitzung, sie habe die zweite Übung gemacht, sei aber oft dabei eingeschlafen; allerdings sei der Ohrton etwas schwächer geworden. Weiters gebe es nicht zu berichten. Da auf diese Weise auch kein Gespräch zustandekommt, schlage ich Frau H die dritte Übung vor. Die Musik gefällt ihr überhaupt nicht, sie schwankt beim Zuhören zwischen Langeweile und Wut hin und her, empfindet die Musik als laut, nah und teilweise unangenehm. Mehr kommt bei dieser Übung mit Frau H nicht heraus. Sie wirkt auf mich sehr schläfrig und verfällt immer dann sofort in ihre träumerische Abwesenheit, wenn ich einmal keine Frage stelle bzw. nichts sage. Ich versuche noch einmal, etwas mehr über die Entstehungs-

geschichte ihres Ohrtons zu erfahren, es ergeben sich aber kaum neue Gesichtspunkte. Frau H erzählt lediglich noch von der Angst, die sie vor zwei Jahren urplötzlich überfallen habe und von den Herzbeschwerden, die dann später aufgetreten seien. Nähere Umstände dieses "Angstanfalles" oder irgendwelche inneren Konflikte, die ihm vorausgingen, kann Frau H jedoch nicht angeben. Frau H bleibt weiterhin einsilbig, so daß ich schließlich, weil ich weder die Geduld aufbringe noch Lust habe, den Rest der Sitzung zu "verschweigen" bzw. zu "verträumen", diese vorzeitig beende.

Der Umgang mit dieser passiv-träumerisch-apathischen Seite von Frau H, in der nach meiner Meinung auch ihr Aggressionspotential weitgehend wie in einem Schwamm aufgesogen ist, fällt mir sehr schwer. Ich sehe durchaus genug, was die Mühe einer Arbeit an sich selbst für Frau H lohnend machen würde. Mir scheint jedoch mehr und mehr, daß ihr dazu - über die als Minimum erkennbare bloße Teilnahme an diesem Programm hinaus - die Motivation fehlt, und sie erst noch zu motivieren, ist nicht meine Aufgabe. Der Boden unserer gemeinsamen Arbeit erweist sich als äußerst karg, und es bleibt mir nichts anderes übrig, als das Wenige, das da vorhanden ist, fruchtbar zu machen - wenn ich Frau H schon nicht nahelegen will, aus unserem Programm wieder auszuscheiden.

In der vierten Sitzung berichtet Frau H zunächst, sie habe die Übung nicht gemacht; es sei viel los gewesen in der letzten Woche, viel Arbeit vor allem, da habe sie so viel um die Ohren gehabt, daß sie kaum an ihren Ohrton gedacht habe. Damit scheint auch schon wieder alles gesagt, denn Frau H läßt ihren Blick in eine unbestimmte Ferne schweifen und verstummt. Ich beschliesse, sie zunächst ihren Tagträumen zu überlassen und nicht einzu-

greifen. Nach einiger Zeit frage ich sie, was denn da so in ihr ablaufe, während sie vor sich hin blickt. Sie erzählt, sie schaue einfach nur aus dem Fenster, habe sich den gegenüberliegenden Klinikbau angesehen; er wirke kalt auf sie. Ich frage, wie sie ihn gebaut hätte. Sie meint, sie hätte Vorhänge an den Fenstern angebracht; auch einen Dachgarten hätte sie gemacht und überhaupt dem Ganzen mehr Farbe gegeben. Mein Versuch, von da aus auf ihre eigene Farbigkeit und Wärme zu sprechen zu kommen, schlägt fehl, und ich frage sie daher, was ihr Ohrton mache, während sie tagträumt. Frau H meint, der sei da, störe sie aber nicht besonders; je mehr sie aber hinhöre, desto nervöser werde sie, desto stärker höre sie ihn. Überhaupt scheint es bei Frau H so zu sein, daß sie ihren Ohrton umso weniger wahrnimmt, je mehr sie beschäftigt - nämlich aktiv - ist und keine Zeit hat, an ihn zu denken. Ich schlage Frau H daraufhin die vierte Übung vor. Frau H sträubt sich dagegen, einen Ton hervorzubringen. Ich frage sie, was sie daran hindere. Sie weiß es nicht, wiederholt aber noch einmal, je länger sie dem Ohrton zuhöre, desto nervöser werde sie. Ich sage ihr, das leuchte mir durchaus ein und erläutere ihr, wie ich ihren Ohrton im Hinblick auf seine symbolische Botschaft auffasse: als Aufforderung, etwas zu tun, aufzuwachen, nicht einzuschlafen - wozu sie mit großer Vorliebe neigt.

Im darauffolgenden Gespräch erinnert sich Frau H an ihr "Gefresse"; zur Zeit vertilge sie wieder einmal alles an Süssigkeiten, was ihr unter die Finger komme. Wenn in ihrer Schublade etwas Süßes liege, lasse es ihr solange keine Ruhe, bis sie es "vernichtet" habe. Ich frage Frau H, wozu sie soviele Süßigkeiten esse. In dem anschließenden Gespräch gelingt es, wenigstens die oberflächlichen - bewußtseinsnäheren - Aspekte dieser zweifelsohne aggressiv motivierten Naschsucht herauszuarbeiten. Es ergibt sich ein

Zusammenhang zwischen Süßigkeiten, Vorweihnachtszeit, Vorfreude und Kindsein. Mir wird freilich klar, wie das Essen bei Frau H - nicht anders wohl als das Schlafen, Träumen, Lesen und Faulenzen - als introjektive Abwehr wirkt: das Süße erfährt eine aggressive Vernichtung, während gleichzeitig die innere Unruhe besänftigt wird und sich legt. Hier eröffnet sich zumindest meinem Blick eine Dimension, die mich verstehen läßt, wie die träumerisch-apathische Passivität von Frau H im Grunde eine mühsam erreichte Selbstberuhigung ist, wie sehr Frau H darin aktiv ihre innere Unruhe - und das heißt: ihre Aggression in jeder Hinsicht, ihre Tatkraft, ihre Sexualität, ihre innere und äußere Beweglichkeit, ihre Leidenschaft, mit einem Wort ihre Lebenskraft - dämpft und niederhält. Ich spreche Frau H am Ende dieser Sitzung darauf an und gebe ihr schließlich die Frage mit nach Hause: "Was fangen Sie mit Ihrer Lebenskraft an?"

Der Verlauf dieser Sitzung hat mir wieder gezeigt, wie wenig Frau H bereit ist, von sich aus den Versuch einer Arbeit an sich selbst, in die die Ohrton-Problematik einbezogen ist, zu unternehmen. Meine Lust, sie dazu zu ermuntern, ist weitgehend geschwunden, und ich beschließe daher, in der folgenden Sitzung die Körperarbeit ganz in den Vordergrund zu stellen - was ohnehin auch thematisch "an der Reihe" ist. Ich stelle mir vor, daß sie bei den Körperübungen nicht umhin können wird, selbst aktiv zu werden, sich zu bewegen und zu "arbeiten", was mir die aktive Rolle erspart und Frau H in ihrer Passivität vielleicht effektiv frustrieren wird.

Die fünfte Sitzung beginnt damit, daß Frau H sagt, es gebe diesmal "ausnahmsweise nichts Neues" zu berichten. Der Ohrton sei manchmal schwächer, des öfteren denke sie gar nicht mehr an ihn. Auf meine Frage, ob sie die vierte Übung gemacht habe, antwortet

sie, sie habe die Unterlagen verlegt und nicht wieder gefunden. Dann klagt sie, es sei ihr kalt. Ich schlage ihr vor, sich zu bewegen und zeige ihr dann eine Reihe von Bewegungs- und Lockerungs-Übungen, mit deren Durchführung - meinem Vorhaben entsprechend - die ganze Sitzung vergeht. Frau H macht sehr bereitwillig mit, und es scheint, als gewinne sie über die Arbeit am und mit dem Körper einen neuen Zugang zu sich. Frau H lernt viel über sich: vor allem ihre Unbeweglichkeit wird ihr deutlich bewußt, und die ausführliche Arbeit an ihrer Haltung läßt sie schließlich teils verwundert, teils entsetzt und teils belustigt resümieren, sie sei ja "schief, steif und lahm". "Dick und faul" sei sie zwar schon immer gewesen, aber das andere sei ihr ja völlig neu, obwohl sie schon längere Zeit bemerke, wie faul sie sei. Dann sagt sie noch - die Sitzung ist bereits an ihr Ende gelangt - sie wolle jetzt auf Anregung ihres Mannes in einen Gymnastikkurs gehen; aber anstrengen wolle sie sich dabei nicht.

Zu Beginn der sechsten Sitzung berichtet Frau H, sie fühle sich wohl, aber der Ohrton sei nach wie vor da. Die Übungen der letzten Stunde habe sie sogar noch einmal gemacht, und sie tun ihr gut. Die Gymnastik sei sehr anstrengend gewesen und habe sie gelehrt, daß es höchste Zeit sei, etwas zu tun. Das sei alles, was es an Neuem gebe. Ich schlage Frau H eine weitere Körperübung vor, bei deren Durchführung ihr auffällt, daß sie schwankt. Sie berichtet auf meine Nachfrage hin, es sei ihr öfter schwindlig, und sie bemerke das auch beim Laufen; außerdem habe sie immer wieder Ohrenschmerzen und Knacken in den Ohren. Ich lege ihr nahe, sich in der nächsten Zeit noch einmal in der Poliklinik vorzustellen. Im Anschluß daran beginnen wir mit Frau H die nächste Übung. Im praktischen Teil dieser Übung, bei der es um die Interaktion mit anderen Menschen geht, findet Frau H nichts Besonderes, was

ihr problematisch wäre. Da es also weiter nichts gibt, worüber Frau H sprechen möchte, und ich sie weder aktivieren noch mich den Rest der Sitzung langweilen will, beende ich die Sitzung und nehme mir für die verbleibenden vier Sitzungen vor, auch deren Dauer jeweils danach zu bemessen, was und wie lange Frau H von sich aus etwas vorbringt.

In der siebten Sitzung erzählt Frau H, es gebe nichts Neues, abgesehen davon, daß sie sich den Fuß verknackst hat. Die Gymnastik tue ihr nach wie vor gut; außerdem gehe sie demnächst zum Bowling. Es hat also den Anschein, daß Frau H etwas unternehmungslustiger geworden ist und in Bewegung kommt. Ich sage ihr, daß mich diese Entwicklung freut. Auch Frau H ist damit sehr zufrieden. Anschließend sprechen wir über das Thema dieser siebten Sitzung, und außerdem lege ich Frau H noch einmal dar, welche Themen und Aufgaben bei ihr bisher - aus meiner Sicht - im Vordergrund standen. In der Hauptsache ist es wohl um das Problem "Passives Träumen oder Aktives Tun" gegangen. Dann frage ich Frau H, was sie bisher von dem Therapie- und Übungsprogramm gehabt habe. Sie antwortet, sie sei aus ihrem Dauerschlaf erwacht, habe viele Anregungen bekommen, achte weniger auf den Ohrton und habe ihn zeitweise sogar vergessen können. Er sei aber nach wie vor zu hören; nach der Gymnastik sei er neulich ganz leise, fast stumm, gewesen, dafür habe er aber während der Gymnastik laut gebrüllt. Dann erkläre ich Frau H, die Dauer der Sitzungen würde sich nun danach richten, was sie vorbringen, worüber sie reden, was sie fragen wolle, und ob sie im Augenblick denn irgendwelche Fragen oder Probleme habe. Sie bejaht und will noch einmal wissen, was sie bezüglich ihres Schwankschwindels unternehmen solle. Wir sprechen darüber kurz und beenden dann diese letzte Sitzung vor der dreiwöchigen Pause. Als ich ihr bei der Verabschiedung gute

Besserung für ihren Fuß wünsche, meint sie, das sei sein Problem. Das veranlaßt mich zu der Frage, wie es dann mit dem Klingeln im Ohr sei. Frau H sagt, das sei das Problem des Ohrs. Ich kann nicht umhin, sie zu fragen: "Was ist eigentlich Ihr Problem?" und ihr diese Frage als Aufgabe mitzugeben.

In dieser Sitzung hat sich gezeigt, daß die gemeinsame Arbeit mit Frau H, trotz der für mich deutlichen, geringen Motivation auf ihrer Seite, unvermutete Früchte trägt. Frau H ist offenbar mehr in Bewegung gekommen und "aufgewacht", als auf der Ebene bewußter Kommunikationen sichtbar wird. Es ermutigt und freut mich nicht nur, daß sie aus unserem Programm doch einen gewissen Nutzen zieht; diese Tatsache sagt mir auch, daß eben schon die bloße Teilnahme einen ernstzunehmenden stummen Hilferuf darstelllt, der eine persönliche Antwort erhofft. Eine solche zu geben und einen Dialog in Gang zu bringen, ist freilich unter den gegebenen Bedingungen recht mühsam - aber nicht und wohl auch nie vergebens.

Frau H kommt in die achte Sitzung mit der Nachricht, sie sei wegen des Schwindels in der Poliklinik gewesen und habe sich untersuchen lassen; man habe sie dort in die Neurologie überwiesen, weil es sich wohl um einen zentralen Schwindel handle; Genaueres wisse sie aber noch nicht. Im übrigen gehe es ihr "so la-la", seit einiger Zeit habe sie Magenschmerzen. Der Ohrton sei doch so etwas wie ein guter Kamerad geworden inziwschen, er sei halt da; aber sie könne besser mit ihm umgehen als zuvor. Ich frage Frau H, ob sie denn während der drei Wochen auch geübt habe. Sie verneint, sie habe kaum etwas gemacht.Noch einmal erläutere ich Frau H das Procedere für die letzten drei Sitzungen. Daraufhin sagt sie, sie habe neulich einmal einen Traum behalten. Ich frage Frau H, ob sie sich diesen Traum etwas näher ansehen wolle. Sie bejaht, und ich erläutere ihr zunächst die Vorgehensweise. Dann erzählt

sie ihren Traum, und zwar so, als würde er in der Gegenwart geschehen, und anschließend versuchen wir, ihn Stück für Stück - nach Art der Gestalttherapie - durchzuarbeiten und "ins Leben" zurückzuübersetzen. Frau H schildert, sie träume, auf einer Baustelle herumzugeistern, die eigentlich keine Baustelle mehr sei. Auf der Baustelle befinde sich ein großes Haus mit vielen Fenstern, das von einem nagelneuen, aus glattpolierten, hellen Holzleitern bestehenden Baugerüst umgeben sei. Außer ihr befinden sich keine Leute auf dem Grundstück. Dann sei da auch noch eine Art Wassertümpel gewesen, in dem sie später geschwommen sei. Das Wasser sei aber gleichzeitig da und nicht da gewesen. Nun lade ich Frau H ein, sich nacheinander mit dem Haus, dem Gerüst, dem Wasser und mit sich selbst als Traumgestalt zu identifizieren. Als "Haus" sagt sie lediglich, sie sei ein großes Haus mit Fenstern; als "Baugerüst" meint sie, sie sei glatt, schön anzufühlen, niemand verletze sich an ihr, sie sei eine Zierde; an ihr könne man rauf- und runtersteigen, aber es seien keine Leute da. Als "Wasser" ist sie tief, klar, warm und weich. Sich selbst erlebt Frau H im Traum als ziellos umherstreifend, auf der Suche nach etwas Unbestimmtem, allein und doch nicht allein. Die anschließende Rückübersetzung dieser Traum-Qualitäten in Eigenschaften ihrer Person und ihres Lebens gelingt nur sehr zögernd und mit einiger Nachhilfe in Form von Fragen und Deutungen. Plötzlich erinnert sich Frau H an ihren immer wiederkehrenden Traum von der Südsee-Insel, die ganz und gar umzäunt ist, und bemerkt, daß zwischen diesem Zaun und dem Baugerüst in ihrem Traum eine Verbindung besteht. Ich frage sie, wozu der Zaun, das Gerüst gut sei, was sie"als Zaun" für eine Funktion habe. Frau H meint, sie stelle einen Schutz vor Leuten dar, sie schütze vor Angriffen von draussen. Daraufhin will ich wissen, wie sie sich

im täglichen Leben vor Angriffen von draußen schütze. Sie antwortet, sie schütze sich, indem sie sich zurückziehe, in Gesellschaft immerzu an einem einmal eingenommenen Platz sitzenbleibe, nur zuhöre, die anderen reden lasse, umherschaue und träume. Auf diese Weise wird Frau H allmählich wenigstens andeutungsweise die Dynamik ihrer träumerischen Haltung als Abwehr fremder wie eigener Aggressionen bewußt. Ich frage Frau H, wer sie als Kind angegriffen habe und wie. Frau H nennt ihre Mutter und sagt, diese habe es nie geduldet, wenn sie habe lesen wollen. Sie habe ihr immer vorgehalten, sie solle nicht träumen, sondern ihr im Haushalt helfen. Dann fügt Frau H noch hinzu, sie habe als Kind viel Angst gehabt. Im Gespäch darüber vergeht die übrige Zeit bis zum Ende der Sitzung, die Frau H mit den Worten beschließt, sie habe einiges Neue über sich gelernt.

Ich meine nach dieser Sitzung, daß der von mir eingeschlagene Weg der richtige war; ich habe Frau H die Entscheidung, etwas für sich zu tun, ganz und gar selbst überlassen, und die Arbeit dieser Sitzung hat wohl auch ihr gezeigt, daß schon ein geringfügiges Engagement förderlich ist.

In der neunten Sitzung berichtet Frau H zunächst, sie sei jetzt bei der neurologischen Untersuchung gewesen, habe aber noch keine Ergebnisse. Ich will wissen, wie es ihr im übrigen gehe. Ihre Antwort lautet, es gehe ihr gut, es gebe nichts zu berichten außer der Tatsache, daß ihr armes Kätzchen operiert worden sei. Dann frage ich Frau H, ob sie an irgendetwas arbeiten wolle, Fragen habe, Probleme besprechen wolle. Sie verneint. Ich sage, ich würde dann die Sitzung beenden. Frau H ist etwas überrascht, meint aber gleich: "Dann geh' ich halt wieder."

Ich habe in dieser Sitzung einen möglicherweise fragwürdigen

Schritt getan, zu dem ich aber nach dem oben Gesagten überzeugt stehen kann. Ich glaube, daß Frau H weder vor dem Beginn noch während des Programms wirklich verstanden und gewollt hat, worum es die ganze Zeit ging; vielleicht konnte sie es nicht. Sie kam in dem Wunsch, ihr Ohrton möge sich durch die "Behandlung" bessern - ganz im Sinn eines fraglos auch ihr anerzogenen passiven Patientenverhaltens. Daß sie in diesem Programm eine aktive Rolle spielen, nämlich sich und ihr Leben als allgegenwärtige Matrix ihres Leidens am Ohrton bewußt anschauen und erfahren und vielleicht auch ändern oder eine Änderung zulassen sollte, hat sie, so scheint mir, abgesehen von wenigen Augenblicken nicht in ihr Bewußtsein aufgenommen. Frau H störte der Ohrton, aber sie hatte keine Probleme, und gerade das war die Crux unserer gemeinsamen Arbeit, die ja eben nicht partikularistisch, sondern holistisch sein sollte. Was in diesem Fall möglich war, ist geschehen; es erinnert mich an ein Katz-und-Maus-Spiel mit ständig ver - tauschten Rollen. Daß dabei dennoch das Störende am Ohrton sich verringerte, scheint wundersam, da diese Entwicklung weder auf den persönlichen Einsatz von Frau H noch auf meine Kunst zurückzuführen ist. Es ist es nicht, denn was im Grunde heilsam wirkt - und das ergibt sich für mich aus den Begegnungen mit Frau H in geradezu archaischer Einfachheit - , ist Teilnahme und Anteilnahme, gleich wie. Sie genügen nicht und tragen nicht weit, aber sie sind das Minimum.

Die letzte Sitzung mit Frau H beginnt mit der audiometrischen Kontrolluntersuchung; anschließend lege ich ihr unseren Fragebogen zur Nachuntersuchung vor. Auf meine abschließende Frage, was für sie das Wesentliche an diesem Programm gewesen sei, antwortet Frau H, sie habe gelernt, mit ihrem Ohrton gelassener umzugehen. Mit einem freundlichen Abschied geht diese letzte Zusammenkunft zu Ende.

III. Ergebnisse

1. Allgemeine Resultate

Wir haben nunmehr in aller gebotenen Ausführlichkeit geschildert, wie die sämtlichen Sitzungen mit den neun bzw. sechs Patienten verlaufen sind. Wenn wir uns im Folgenden über die Ergebnisse unserer Arbeit Rechenschaft ablegen, müssen wir zunächst einmal mit aller Deutlichkeit feststellen, daß es sich dabei keinesfalls um Ergebnisse handelt, die auf die herkömmliche naturwissenschaftliche Weise verifizierbar oder falsifizierbar wären. In diesem Sinne ist unsere Arbeit ergebnislos. Sie war nicht teleologisch orientiert und konnte sich daher von Augenblick zu Augenblick ergeben. Das Geschehen als solches, das eben nur durch ein Geschehen-Lassen, ein dem Augenblick hingegebenes Tun und Lassen, überhaupt zustandekommt, ist unser Ergebnis, und die Lektüre der vorangehenden knapp einhundertundfünfzig Seiten ist die Lektüre dessen, was sich - aus meiner Sicht - ergeben hat. Wir machen im Grunde nur eine formale Konzession, wenn wir davon eine Tendenz abstrahieren und anschließend die Ergebnisse unserer Nachuntersuchung beschreiben. Wir stellen fest, daß sich bei allen Patienten, die an unserem Programm von Anfang bis Ende teilnahmen, im Laufe der Sitzungen das subjektive Leiden am Ohrton entscheidend verringert hat. Das war das Ziel unserer Arbeit, und wir haben es erreicht, ohne es zwanghaft anzustreben.

2. Nachuntersuchung

a. Programm

Das Programm unserer Nachuntersuchung, die - wie beschrieben - am Ende der zehnten Sitzung stattfand, umfaßte zwei Teile: einmal eine mit der Voruntersuchung entsprechend identische audiometrische Kontrolle, zum anderen eine Erhebung mit Hilfe eines Fragebogens, der folgenden Wortlaut hatte:

FRAGEBOGEN ZUR NACHUNTERSUCHUNG

Hören Sie Ihren Ohrton nach wie vor?	Ja	Nein
Hören Sie ihn seltener?	Ja	Nein
Hören Sie ihn leiser?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich durch den Ohrton jetzt bedeutend weniger beeinträchtigt?	Ja	Nein
Kommen Sie mit Ihrem Ohrton wesentlich besser zurecht?	Ja	Nein
Haben Sie für sich persönlich den Zusammenhang des Ohrtons mit Ihrem Befinden erkannt?	Ja	Nein
Ist Ihnen die Streßabhängigkeit Ihres Ohrtons deutlich geworden?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich jetzt weniger gestreßt?	Ja	Nein
Hat sich Ihr Wohlbefinden allgemein gebessert?	Ja	Nein
Haben Sie mehr Kontakt zu sich, zu Ihrem Körper, Ihren Sinnen, Ihren Gefühlen und Gedanken bekommen?	Ja	Nein
Schlafen Sie wesentlich besser?	Ja	Nein
Nehmen Sie noch Schlafmittel?	Ja	Nein
Nehmen Sie noch Beruhigungsmittel ein?	Ja	Nein
Haben Sie die Übungen regelmäßig gemacht?	Ja	Nein
Wie oft haben Sie geübt?		
x/Tag x/Woche x/14 Tage		
Bewegen Sie sich jetzt mehr und regelmäßiger?	Ja	Nein
Welche Übungen haben Ihnen besonders zugesagt?	Nr.	

Welche Übungen haben Ihnen am meisten geholfen?

- im Hinblick auf eine Verringerung der Streß-auswirkungen Nr. . . . . .
- im Hinblick auf den Ohrton Nr. . . . . .

Werden Sie die Übungen auch weiterhin machen? Ja Nein

Wollen Sie die Übungen regelmäßig machen? Ja Nein

Wollen Sie alle Übungen machen? Ja Nein

Welche Übungen wollen Sie machen? Nr. . . . . .

Welche Übungen wollen Sie machen, falls Ihr Ohrton sich wieder bis zur Unerträglichkeit steigern sollte? Nr. . . . . .

Glauben Sie, durch eine Dauertherapie noch eine weitere Besserung erfahren zu können? Ja Nein

Haben Sie Tagebuch geführt? Ja Nein

Haben Sie die empfohlenen Bücher gelesen? Ja Nein

Waren Ihnen die therapeutischen Gespräche und die Übungen gleich wichtig? Ja Nein

Wenn nein, was war Ihnen wichtiger? . . . . . .

b. Ergebnisse der Nachuntersuchung

Wir wollen im Folgenden die audiometrischen Daten der Nachuntersuchung für die einzelnen Patienten getrennt aufführen:

Patient A: Der rechtsseitige Tinnitus ist zur Zeit der Untersuchung nicht hörbar. Der linksseitige Tinnitus hat eine Frequenz von 12000 Hz und ist durch Schmalbandrauschen von 60 dB und durch Breitbandrauschen von 20 dB verdeckbar. Der Hörverlust bei der Frequenz des Ohrtons beträgt 40 dB (zum Vergleich s.S. 99*)

Patient B: Der linksseitige Tinnitus ist zur Zeit der Untersuchung nicht hörbar. Frequenz und Verdeckbarkeit des rechtsseitigen Tinnitus sind unverändert, der Hörverlust bei der Frequenz des Ohrtons liegt zum Zeitpunkt der Untersuchung bei 50 dB (vergleiche S. 99*)

Patient C: der linksseitige Tinnitus liegt zum Zeitpunkt der Untersuchung bei 8000 Hz, der rechtsseitige ebenfalls. Der linksseitige ist durch Schmalbandrauschen von 30 dB und durch Breitbandrauschen von 40 dB, der rechtsseitige durch Schmalbandrauschen von 40 dB und durch Breitbandrauschen von 30 dB verdeckbar. Bei der Frequenz des Ohrtons beträgt der Hörverlust im linken Ohr 10 dB, im rechten 25 dB (vergleiche S. 100*)

Patient F: Der rechtsseitige Tinnitus liegt unverändert bei 500 Hz, ist aber bereits durch 50 dB-Schmalbandrauschen und 30 dB-Breitbandrauschen verdeckbar. Der "Hörverlust" bei der Frequenz des Ohrtons beträgt 10 dB (vergl.S. 101*)

Patient G: Die audiometrischen Daten der Nachuntersuchung sind mit denen der Voruntersuchung - mit Ausnahme einer um 5 dB verringerten Verdeckbarkeit durch Breitbandrauschen- identisch (vergl.S.101*)

Patient H: Der Tinnitus liegt zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung beidseits bei 6000 Hz und ist beidseits durch Schmalbandrauschen von 40 dB und Breitbandrauschen von 30 dB verdeckbar. Der Hörverlust bei der Frequenz des Ohrtons beträgt im linken Ohr 40 dB, im rechten 30 dB (vergleiche S. 101*)

Aus den vorliegenden audiometrischen Daten ergibt sich bei allen Patienten eine höchstens auf den Augenblick der Untersuchung bezogene objektivierbare Veränderung des Tinnitus, die keinen stichhaltigen Rückschluß auf die Verringerung des subjektiven Leidens am Ohrton zuläßt. Umgekehrt kann man also aus dieser auch nicht auf eine relevante Veränderung der audiometrischen Tinnitus-Parameter schließen. Die audiometrische Messung stellt demzufolge im Hinblick auf unser Programm kein Instrument zur Erfolgsmessung oder -kontrolle dar- was sich im übrigen mit den theoretischen Grundlagen dieses Programms vollkommen deckt.
Wir stellen zusammenfassend fest, daß sich durch unser Therapie- und Übungsprogramm bei allen Patienten die objektiven Parameter des Tinnitus, die ja lediglich Ver - gleichswerte sind, nicht verändert haben.

Aus den den Patienten vorgelegten Fragebögen ist - freilich ohne den Anspruch, ein objektives Kriterium zu sein - folgendes ersichtlich:

Alle Patienten hören am Ende des Programms ihren Ohrton nach wie vor. Die Patienten B, F und G hören ihn seltener, die Patienten B, F und H leiser. Alle Patienten fühlen sich am Ende des Programms durch den Ohrton bedeutend weniger beeinträchtigt und kommen wesentlich besser mit ihm zurecht. Mit Ausnahme der Patienten A und F haben alle Patienten für sich persönlich den Zusammenhang des Ohrtons mit ihrem Befinden sowie eine Streßabhängigkeit des Ohrtons erkannt. Außer den Patienten B und F fühlen sich alle Patienten am Ende des Programms weniger gestreßt als an dessen Beginn. Alle Patienten geben an, ihr Wohlbefinden habe sich im Verlauf der Sitzungen allgemein gebessert. Alle Patienten - Patientin H mit gewissen Einschränkungen - haben mehr Kontakt zu sich, zu ihrem Körper, ihren Sinnen, ihren Gefühlen und Gedanken bekommen. Die Patienten A, B und C schlafen am Ende des Programms wesentlich besser als an dessen Beginn; die Patienten F, G und H hatten keine Schlafprobleme. Patientin B nimmt nur noch gelegentlich Schlafmittel, die Patienten A und C nehmen keine Schlafmittel mehr ein. Lediglich Patientin B nimmt noch ab und zu Beruhigungsmittel ein.

Nur die Patienten A, C und G haben zuhause regelmäßig geübt, Patient A 2-3 mal pro Woche, Patient C und G 5mal pro Woche; die Patientinnen B und H haben etwa zweimal, die Patientin F 1-2mal pro Woche Übungen gemacht.
Im Zusammenhang mit unserem Therapie- und Übungsprogramm bewegen sich nur die Patienten A und H an dessen Ende mehr und regelmäßiger als zuvor. Die erste Übung, die Entspannungsübung, hat allen Patienten am meisten zugesagt;

im einzelnen haben Patient A die Übungen Nr. 1,2,3 und 6, Patientin B die Übungen Nr. 1 und 2, Patient C die Übungen Nr. 1,2,3,5 und 6, Patientin F die Übungen Nr 1 und 5, Patient G die Übungen Nr. 1 und 4 und Patientin H die Übung Nr. 1 bevorzugt. Im Hinblick auf eine Verringerung der Streßauswirkungen haben dem Patienten A die Übungen Nr.1, 6 und 7, der Patientin B die Übungen Nr. 1 und 2, dem Patienten C die Übungen Nr. 2 und 5, der Patientin F keine der Übungen, dem Patienten G die Übungen Nr. 1 und 4 und der Patientin H die Übung Nr. 1 am meisten geholfen. Im Hinblick auf den Ohrton können die Patienten A und F keine spezifisch hilfreiche Übung angeben; Patientin B gibt die Übung Nr. 2 an, Patient C die Übungen Nr. 2 und 5, Patient G die vierte und Patientin H die erste Übung. Alle Patienten bejahen die Frage, ob sie die Übungen auch weiterhin machen werden. Nur die Patienten A, C und G wollen die Übungen regelmäßig machen. Keiner der Patienten will alle Übungen machen. Die Angaben zu den Fragen, welche Übungen die Patienten weiterhin machen wollen und welche sie machen wollen, falls der Ohrton sich wieder bis zur Unerträglichkeit steigern sollte, entsprechen bei allen Patienten den Angaben zur Frage nach den bevorzugten Übungen. Die Patienten A, B, C und H glauben, daß sie durch eine Dauertherapie nach Art unseres Programms noch eine weitere Besserung erfahren könnten, die Patienten F und G sind nicht dieser Meinung. Die Patienten A, C und G haben während des Programms Tagebuch geführt, die Patientinnen B, F und H nicht. Außer den Patienten A und C hat keiner der Patienten die empfohlenen Bücher gelesen. Den Patienten A, B und F waren die therapeutischen Gespräche und die Übungen gleich wichtig, den Patienten C, G und H waren die therapeutischen Gespräche wichtiger

als die Übungen.

Fassen wir zusammen, was alle Patienten übereinstimmend angaben: Nach Ablauf unseres Therapie- und Übungsprogramms hören alle Patienten ihren Ohrton nach wie vor, fühlen sich jedoch durch ihn bedeutend weniger beeinträchtigt und kommen wesentlich besser mit ihm zurecht. Das Wohlbefinden aller Patienten hat sich im Vergleich zum status quo ante allgemein gebessert. Alle Patienten haben mehr Kontakt zu sich, zu ihrem Körper, ihren Sinnen, ihren Gefühlen und Gedanken bekommen. Alle Patienten beabsichtigen, die eine oder andere Übung auch weiterhin zu machen.

Dreieinhalb Monate nach Beendigung des Therapie- und Übungsprogramms haben wir alle sechs Patienten erneut bezüglich ihres Ohrtons befragt. Sie nehmen alle ihren Ohrton noch, wenn auch teilweise seltener und vermindert, wahr. Alle Patienten fühlen sich nach wie vor durch den Ohrton bedeutend weniger beeinträchtigt und kommen wesentlich besser mit ihm zurecht. Die Beeinträchtigung durch das Ohrgeräusch ist eher noch geringer geworden. Das Wohlbefinden aller Patienten hat sich stabilisiert und teilweise sogar gesteigert.

Wir erlauben uns nicht, die Verbindlichkeit dieser Aussagen über eine persönliche hinaus ins Allgemeine zu erweitern, halten dies aber auch gar nicht für nötig. Von der Stimmigkeit solcher Aussagen kann sich ohnehin nur wirkungsvoll überzeugen, wer sich selbst einem derartigen Procedere öffnet und aussetzt. Mit dieser Aussage gelangen wir bereits in den Bereich der Diskussion unserer Arbeit und ihrer "Ergebnisse", die Gegenstand des folgenden Abschnitts ist.

D. Diskussion

Solange wir den Tod nicht ins Auge fassen, können wir es uns leisten, den Menschen als Objekt und wie eine Maschine zu behandeln. Mit diesem Satz wollen wir die Diskussion der vorliegenden Arbeit eröffnen, das heißt, sie durch eine kritische Würdigung als integralen Bestandteil ergänzen und abschließen. Die Umkehrung dieses Satzes darf als Ausgangspunkt unserer Arbeit gelten. Wir haben den Tod vor Augen und fangen an, den Menschen, uns selbst, als Menschen wahrzunehmen und ihm als Mensch zu begegnen. Ist das nicht etwas großspurig? Was hat das mit dem Thema dieser Arbeit zu tun? Der subjektive Tinnitus aurium ist Symptom einer Krank - heit und führt in seltenen Fällen zum Tod durch Selbstmord. Der subjektive Tinnitus aurium ist ein Phänomen, das bislang aus - schließlich von dem Menschen selber wahrgenommen werden kann, der ihn hört. Die naturwissenschaftlich -medizinische Forschung hat zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine gesicherten Erkenntnisse über die Pathogenese und Pathophysiologie der subjektiven Ohrgeräusche, sie geht aber prinzipiell davon aus, daß eine restlose objektive Aufklärung dieses Phänomens möglich ist. Hierzu wollen wir mit dieser Arbeit beitragen. Die Ätiologie dieses höchst eigenständigen "Symptoms" ist ebenso vielfältig wie vieldeutig. Das einzige, was wir mit Sicherheit wissen, sind - auch im audiometrischen Bereich - die subjektiven Angaben der Menschen, die einen Tinnitus entwickelt haben. Wir befinden uns also bei diesem Phänomen auf nicht-objektivem Terrain. Das Klingen im Ohr greift nicht das materielle Gewebe an, sondern ist vermutlich ein audibles "Sekret", eine akustische Emanation bereits angegriffenen, lädierten oder zerstörten Gewebes. Dieses wortlose, aber mehr oder weniger lautstarke Klingen, Rauschen, Tönen,

Pfeifen, Summen, Brummen, Zischen, Sirren nimmt der Mensch wahr - und leidet darunter mehr oder weniger, aber unter Umständen so sehr, daß er lieber sich umbringt, sich selbst tötet, sich selbst das Leben nimmt, von eigener Hand stirbt, als es noch länger zu ertragen. Von diesem Extremfall lernen wir verstehen, wie der subjektive Tinnitus aurium auf den Menschen wirkt, der unter ihm leidet: als Angriff auf sein seelisches Gewebe, seine psychischen Funktionen, auf das Ich und seine Abwehrmechanismen. Somatisch-organisch gesehen ist der Tinnitus als solcher völlig harmlos. Seine pathologische Stoßkraft richtet sich ausschließlich gegen das wie immer geartete seelische Gleichgewicht, gegen die psychischen Abwehrkräfte. Psychoanalytisch gesprochen ist er eine narzißtische Kränkung, eine Attacke auf das Omnipotenzgefühl und auf die manipulatorischen Machenschaften des Ich. Wer seiner - auch mit Hilfe von Seiten Dritter - nicht Herr wird, bringt sich um. Er verzweifelt. Das Zweifeln ist eine vom Mißtrauen gespeiste intellektuelle Funktion. Daher ist der Tinnitus auch ein Angriff auf das Mißtrauen und den Zweifel, ein wortloses In-Frage-Stellen des wortreichen In-Frage-Stellens. Wer sich selbst das Leben nimmt, tut etwas sehr paradox Scheinendes: Er gibt sein Leben lieber ganz auf, als es Stück für Stück aufzugeben, d.h. zu leben; er läßt lieber alles auf einmal los, als Schritt für Schritt - und das meinen wir hier wörtlich: nicht umsonst haben wir zwei unserer sieben Übungen ausschließlich der Entspannung, dem Loslassen und der Bewegung gewidmet - loszulassen. Daher ist der Tinnitus ein eminenter Angriff auf das Festhalten, auf das Nicht-Loslassen, auf Spannung, "Streß" und Krampf. Der Tinnitus ist schließlich auch eine Attacke auf die psychischen Funktionen der Leugnung und der Ablehnung. Wer unter seinem Tinnitus so sehr leidet, daß er sich selbst tötet, leugnet ihn lieber vollkommen und lehnt ihn total ab,

als ihn wahrzunehmen, wahr-zu-haben und ganz und gar anzunehmen.

Dieses Feinbild vom "Angreifer" Tinnitus, das wir soeben skizziert haben - es ist in Wahrheit noch weit umfangreicher - ist jedoch ein "hausgemachtes", d.h. es entstammt in seiner konkreten Form dem komplexen persönlichen Leiden am Ohrton. Es ist die vegetativ-animale, psychische, mentale und spirituelle Reaktion des Menschen, der ihn hört, aber nicht hören will. Es ist kein Zweifel, daß dieser Mensch die besagte Reaktion im Laufe seines Lebens gelernt, erworben, sich angeeignet und mit ihrer Hilfe sein Überleben gesichert hat. Wenn er aber - mit Hilfe dieser Reaktion - mit seinem Ohrton nicht mehr zurechtkommt und von eigener Hand stirbt, zeigt er damit, daß er nicht gewillt ist, diese Reaktionsweise aufzugeben, sondern lieber alle Reaktion auf einmal vernichtet, als allmählich immer weniger auf den Tinnitus zu reagieren und ihn allmählich immer mehr zu dulden - was heißt "Patient" anderes als "Dulder" - und zu ertragen. Der Tinnitus als solcher ist nichts weiter als ein nur von dem, der ihn auch letztlich hervorbringt, hörbares Phänomen. Wer es befeindet, leidet auch unter ihm. Wer es annimmt und sich nicht nur mit ihm befreundet, sondern verbrüdert, ja eint, hört auf, unter ihm, an ihm oder durch ihn zu leiden. Und damit sind wir beim Prinzip unserer Arbeit angelangt, das unseres Erachtens über alle bisherige Therapie - die Biofeedback-Therapie von P.HOUSE eingeschlossen - des Tinnitus weit hinausgeht. Es besteht in der Verwandlung eines Feindbildes in ein Freundbild. Es besteht in der freundlichen Aufmerksamkeit für den Tinnitus, in seiner Wahrnehmung, seiner Duldung, seiner Annahme, im eigenen Loslassen, Entspannen und Entkrampfen, in Glauben und Vertrauen, und in der Liebe. Der Tinnitus ist - mehr noch

als der Schmerz - äußerst bewußtseinsnah, und es ist- wie die Erforschung der Psychopathologie von Tinnitus-Patienten zeigt und die ärztliche Erfahrung längst weiß - möglich, daß der Mensch, der ihn hört, sich obsessiv mit ihm beschäftigt. Das heißt: der Tinnitus wird ihm buchstäblich zum Nächsten. Was wir letzten Endes unseren Patienten vermitteln wollen, ist dies alte: Liebe diesen Deinen Nächsten wie Dich selbst! Das ist das Fundament, die tragende Säule und das Dach unseres Therapie- und Übungsprogramms "Hilfe zur Selbsthilfe" für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen; das ist seine Theorie und seine Praxis, seine Vielfalt und seine Quintessenz. Sie enthält aber nicht nur die Liebe für den Ohrton, der in unserem Fall "der Nächste" ist, sondern auch die Liebe für das eigene Selbst, das auch, aber nicht nur,mit dem Ich identisch ist. An diesem Punkt stoßen wir auf die methodische Grundlage unserer Arbeit, die im Kern keine Methode mehr ist. Wir lieben den Tinnitus und den Menschen, der ihn hört, wie uns selbst. Das heißt: Wir begegnen ihm und seinem Ohrton als unserem Nächsten, wir schenken ihm unsere freundliche Aufmerksamkeit, wir nehmen ihn wahr, wir dulden ihn, wir nehmen ihn an, wir entspannen uns und zeigen ihm so und durch die Übungen, zu denen wir ihn einladen und die Aufgaben, die wir ihm anbieten, daß und wie er sich selbst und seinem Tinnitus als Teil seiner selbst ein Gleiches angedeihen lassen kann.Das ist auch in zehn Sitzungen möglich, denn der "Erfolg" dieser "Methode" ist nicht von der Zeit und der gesamten Dauer der Begegnungen zwischen Therapeut und Patient abhängig, sondern einzig und allein von der Fähigkeit des Therapeuten, zu lieben und das heißt letztlich auch, sich selbst zu lieben, nämlich zu achten, anzunehmen, wahrzunehmen, zu dulden und so weiter. Die einzige Kritik,

die wir von daher zum Verlauf und zu den Ergebnissen unseres Programms vorbringen könnten, lautet: Wir haben unsere Patienten nicht genug geliebt. Wir haben sie geliebt, so gut wir konnten und so weit wir uns selbst geliebt haben. Das ist keine Entschuldigung, sondern eine Tatsache; allenfalls eine freundliche Aufforderung, mehr zu lieben.

Damit stoßen wir auf eine weitere Frage, die in dieser kritischen Würdigung nicht fehlen darf und deren Beantwortung implizit die Chancen dieses Therapie- und Übungsprogramms beschreibt, einen festen Platz in der Therapie des subjektiven Tinnitus aurium zu finden. Die gängige Behandlung des Tinnitus - angefangen von der chirurgischen über die medikamentöse und physikalische bis hin zur psychopharmakologischen und selbst zur psychologischen - ist bestrebt, diesen zumindest vorübergehend, prinzipiell oder dauerhaft, zu beseitigen oder aber die psychische Reaktionsweise des unter ihm leidenden Menschen so "einzustellen", daß er ihn nicht mehr hört, nicht mehr wahrnimmt oder - im Zustand der Sedation und der Tranquillanz - nicht mehr als belastend empfindet. Stets ist dabei der Tinnitus, eine begleitende ätiologisch relevante Erkrankung und/oder die psychische Reaktionsweise des betroffenen Patienten das grundsätzlich feindlich gesehene Objekt der ärztlichen Therapie und der Ärzte, die diesem gegenüber den Subjektcharakter ganz für sich beanspruchen. Den Tinnitus "behandeln" heißt dann, ihn bekämpfen. Das wollen wir mit unserem Programm nicht. Wir wollen vielmehr mit dem Tinnitus, mit den psychischen Reaktionsweisen und damit selbstverständlich auch mit dem Menschen, der unter seinem Ohrton leidet - denn wie ließen da diese drei sich noch voneinander isolieren? - Frieden schließen, uns mit ihm befreunden, ihn annehmen. Es ist aber nicht das Programm als

solches, das, wie ein weiteres Behandlungsinstrument in der bunten Reihe der ärztlichen Maßnahmen eingesetzt, einen Platz beanspruchen will. Das Programm als solches ist eine zwar taugliche, wohlfundierte und praktikable, aber letztlich doch "äußere" Hülle, deren Kern sich mehr oder weniger zufällig in ihr verbirgt: Er könnte genausogut in einer anderen stecken. Da dieser Kern mit den persönlichen Eigenschaften des Therapeuten identisch ist, lautet die oben angekündigte Frage: Wer ist geeignet, unser Therapie- und Übungsprogramm als Therapeut durchzuführen? Geeignet ist, wer durch eine initiatische Erfahrung hindurchgegangen ist und sich auf den Weg zu sich selbst begeben hat. Was heißt das? Es heißt, daß derjenige, der als Therapeut geeignet ist, ein Mensch ist, der lernt und sich darin übt, sich selbst zu erkennen, sich zu achten, sich zu lieben und zu sein, der er ist. Er ist jemand, der bestrebt ist, immer mehr wahrzunehmen, wer er selbst in seiner Ganzheit ist: ein Mensch, der liebt und haßt, der vertraut und mißtraut, zweifelt und glaubt, losläßt und festhält, der ablehnt und annimmt, achtet und verachtet, der duldet und der Widerstand leistet, der Feindbilder und Freundbilder hat, der eine Vergangenheit hat, die vorbei und nicht vorbei ist, der in der Gegenwart lebt und die schönsten Augenblicke in nicht bewußter Abwesenheit verstreichen läßt, der eine Zukunft, Hoffnung, hat und hoffnungslos "no future" sieht, der weiß, der HERR gibt jedem seinen eigenen Tod, und der sich dennoch heimatlos fühlt. Wer sich auf diesen Weg begeben hat, ist qualifiziert, eine Arbeit wie die hier vorliegende und beschriebene zu tun.

Die Menschen, für die er dann als Therapeut da ist, haben sich durch ihre Entscheidung zur Teilnahme an diesem Programm be -

reits auf denselben Weg, nämlich ihren eigenen, begeben. Daher ist prinzipiell jeder an einem subjektiven Tinnitus aurium leidende Mensch als Patient geeignet, der sich zur Teilnahme an diesem Programm entschließt. Wenn er dann - wie auch in unserem Programm geschehen - wieder abspringt, wenn die Arbeit mühsam ist und es den Anschein hat, es komme nichts oder zu wenig dabei heraus, ist dies letztlich ein untrügliches Indiz dafür, daß der Therapeut seiner Liebe noch Grenzen setzt. Er nimmt dann nämlich am Patienten all das nicht wahr, achtet es nicht, lehnt es ab, läßt es nicht sein, was es ist, will es anders haben, was er bei sich selbst nicht wahrnimmt, nicht achtet, ablehnt, nicht sein läßt, was es ist, anders haben will. Daher ist es wichtig, daß der Therapeut seine Grenzen kennt und sich nur auf die Patienten einläßt, denen er sich gewachsen fühlt, deren Mangel an Liebe, Selbstachtung und Selbstgefühl und deren Überschuß an Haß, Selbstverachtung und Gefühllosigkeit er zu begegnen sich traut. Tut er das in aller ihm zu Gebote stehenden Aufrichtigkeit, dann darf er gewiß sein, daß seine Arbeit Früchte tragen wird. Die Ergebnisse unserer Arbeit zeigen, was uns möglich war.

Wir wollen am Ende dieser kritischen Würdigung auf den "Stellenwert" unserer Arbeit im Rahmen der Humanmedizin zu sprechen kommen. Wir beanspruchen keinen. Wir haben am Beispiel des subjektiven Tinnitus aurium - der ja "nur" ein Symptom ist -, seiner Klinik und Therapie und unseres Therapie- und Übungsprogramms "Hilfe zur Selbsthilfe für Patienten mit subjektiven Ohrgeräuschen" dargestellt, was für die gesamte Humanmedizin gelten darf: Give peace a chance!

E. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschreibt einen Versuch, mit Hilfe eines eigens für diesen Zweck entworfenen Therapie- und Übungsprogramms Menschen zu helfen, die unter einem bislang therapieresistenten subjektiven Tinnitus aurium leiden. Ausgehend vom aktuellen Stand der Erforschung und Therapie des Tinnitus haben wir ein Programm entworfen und in der Praxis mit neun Patienten erprobt, dessen Prinzip im Hinblick auf die subjektiven Ohrgeräusche lautet: Hinhören statt Weghören. Wir haben die theoretischen Grundlagen, die pragmatischen Ziele und die therapeutische Methodik unseres Programms dargestellt. Wir haben das Üben als eigenverantwortliche Selbsthilfe des Patienten erläutert. Und wir haben schließlich die sieben von uns entworfenen Übungen vorgestellt. Im Praktischen Teil beschreiben wir zunächst die Auswahl der Patienten und Programm, Durchführung und Ergebnisse der Voruntersuchungen und Erstgespräche. Wir teilen dann allgemeine anamnestische und audiometrische Daten der Teilnehmer am Programm mit und schildern kurz das Setting. Der weitaus umfangreichste Teil dieser Arbeit ist der Beschreibung des Programmverlaufs bei den einzelnen Patienten gewidmet. Als Ergebnis unserer Arbeit können wir feststellen: Drei Patienten haben - nach spätestens zwei Sitzungen - das Therapie- und Übungsprogramm abgebrochen. Alle sechs Patienten, die das gesamte Therapie- und Übungsprogramm absolviert haben, hören ihren Ohrton nach wie vor, fühlen sich jedoch durch ihn bedeutend weniger beeinträchtigt und kommen wesentlich besser mit ihm zurecht, und zwar auch noch dreieinhalb Monate nach Beendigung des Programms. Damit haben wir unser Ziel erreicht. Den Weg dahin würdigen wir auf kritische Weise in einer abschließenden Dis-

kussion. Der subjektive Tinnitus aurium kann eine Krankheit zum Tode sein. Er kann aber auch, wie eine unserer Patientinnen meinte, Glück bringen. Dies wünschen wir jedem Menschen, der unter subjektiven Ohrgeräuschen leidet.

F. Literaturverzeichnis

1. Ambrosino S.V.: Neuropsychiatric Aspects of Tinnitus. In: Tinnitus. Ciba Foundation Symposium 85 (1981). Ed.Lawrenson, G.and Evered D. The Pitman Press, London, Bath, GB S.169

2. Arslan M.: Ultrsonic selective irradiation of the ear windows, as a new treatment of vertigo and tinnitus. Acta Otolaryngol. 65 (1968) 224 - 35

3. Benson H. et al.: The Relaxation Response. Psychiatry 37 (1974) 37-47.

4. Böning J.: Klinik und Psychopathologie von Ohrgeräuschen aus psychiatrischer Sicht. Laryng.Rhinol 60 (1961) 552/2

5. Büntig W.E.: Das Werk von Wilhelm Reich und seinen Nachfolgern. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd.III, Zürich 1977 S. 420 ff.

6. Büntig W.E.: Die Gestalttherapie Fritz Perls'. In: Die Psychologie des 20.Jahrhunderts, Bd.IV. Zürich 1977, S.1058 ff.

7. Burian K. et al.: Neurootologie. G.Thieme-Verlag, Stuttgart 1980.

8. Cousins N.: Der Arzt in uns selbst. Reinbeck b.Hamburg 1981

9. Davis H.: Tinnitus symposium: Tinnitus. New Concepts in etiology. Transactions of the American Academy of Ophthalmology and Otology, Rochester Bd. 58 (1954) 527.

10. Donek E.: Classification of tinnitus. In: Tinnitus. Ciba Found.Symposium 85 (1981) 4-14

11. Donek E.: Diskussionsbeitrag in Discussion. In: Tinnitus. Ciba Found. Symposium 85 (1981) 302

12. Fowler E.P.: Fowler E.P. jr.: Somatopsychic and psychosomatic factors in tinnitus, deafness and vertigo. Ann.Otol. 64 (1955) 29

13. Fowler E.P.: Intravascular agglutination of the blood. Major factor in otosclerosis, Menière's disease, tinnitus, vertigo; neural deafness-total, partial, transitory, recurrent, progressive. Arch.Otolaryng. 66 (1957) 409

14. Fowler E.P.: Subjective headnoises. Tinnitus aurium. Genesis and differential diagnostic significance. A few facts and several speculations. Laryngoscope 75 (1965) 1610

15. Goodhill V.: A tinnitus identification test. Ann.Otol. 61 (1952) 778

16. Gordon Th.: Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind. Hamburg 1972

17. Gottstein U.: Behandlung der zerebralen Mangeldurchblutung, eine kritische Übersicht. Internist 15 (1974) 575 - 587

18. Green E.E./Green A.M. Walters E.D.: Voluntary control of internal states: Psychological and physiological. J.of Transpersonal Psychology 2/1 (1970) 1-26

19. Gross R./ Schölmerich P.(Hrsg): Lehrbuch der Inneren Medizin, 5.Aufl. 1977 Stuttgart-New-York, S. 774

20. Grossan M.: Treatment of subjective Tinnitus with Biofeedback. Ear, Nose, Throat J. 55 (1977) 314 - 318

21. Grossinger R.: Wege des Heilens. Vom Schamanismus der Steinzeit zur heutigen alternativen Medizin. Kösel-Verlag München 1982 21a: S.21-48; 21b: S.29 21c: S.32

22. Hansen J.E.: Acupuncture in otolaryngolocy. Am.J.Chin.Med. 3 (1976) 281 - 84

23. Hazell J.W.P.: Tinnitus. Practitioner 225 (1981) 1577-1585

24. Hazell J.W.P.: A Tinnitus Clinic in the United Kingdom Vortrag beim XVI. Internat.Congress of Audiology and Satellite Symposia, Helsinki 1982, unveröffentlicht .

25. Hazell J.W.P.: Diskussionsbeitrag zum Thema "Streß-Mangement". In: Tinnitus. Ciba Found.Symposium 85 (1981) 202 - 233

26. Henner R.: Psychosomatic aspeçts of surgical treatment of otosclerosis. Arch. Otolaryng.(Chicago) 52 (1950) 177-187

27. Hilding A.C.: Studies on the otic labyrinth : The possible relation of the insertion of the tectorial membrane to acoustical trauma, nerve deafness and tinnitus.Ann.Otol.62 (1953)

28. House J.W.: Management of the Tinnitus patient.
Ann.of Otol.Rhinol. Laryngol. 90/6 (1981) 358

29. House J.W.: Treatment of severe tinnitus with biofeedback training.
Laryngoscope 88 (1978) 406 - 12

30. House P.R.: Personality of the tinnitus patient.
In: Tinnitus.
Ciba Found.Symposium 85 (1981) 193 - 203

31. Jung C.G.: Seelenprobleme der Gegenwart
Zürich 1949 S.434

32. Kiang N.Y.S. et al.: Discharge patterns of single fibers in the cat's auditory nerve.
J.M.T. Press Cambridge, Mass. 1965

33. Kraines S.H.: Mechanism and treatment of neurotic symptoms especially of the ear, nose und throat.
Arch.Otolaryng. (Chicago) 33 (1941) 579-591

34. Lehnhardt E.: Praktische Audiometrie.
G.Thieme-Verlag Stuttgart 1978, S.104 ff.

35. Leidler R./Loewy P.: Handbuch der Neurologie des Ohres, Bd. 3.
Berlin 1926, S.355

36. Lievre J.A.: Les Acouphènes
Sem.Hop.Paris 47 (1971) 1607-1611

37. Lüscher E.: Psychische (?) Faktoren bei Hals-, Nasen- und Ohrenkranken
Arch.f.Ohren- usw.-Heilkunde 175 (1959) 194-97

38. Lowen A.: Depresion.
Kösel-Verlag München 1979, S.310 ff.

39. Lowen A.: Bioenergetik.
Scherz-Verlag München 1976

40. Lowen A.: Körperausdruck und Persönlichkeit
Grundlagen und Praxis der Bioenergetik
Kösel-Verlag München 1981

41. Lowen A.: Angst vor dem Leben
Über den Ursprung seelischen Leidens und den Weg zu einem reicheren Dasein
Kösel-Verlag München 1981

42. Mahagora F./Takei Y.: Relation between tinnitus aurium and high blood pressure
J.Oto-Rhino-Laryng.Soc.Japan 59 (1956)
Abstr. 85

43. Marlowe F.I.: Effective treatment of tinnitus through hypnotherapy
Amer.J.Clin.Hypn. 15 (1974) 162 - 65

44. Medical Research Council's Institute of Hearing Research: Epidemiology
In: Tinnitus
Ciba Found.Symposium 85 (1981) 16 ff

45. Meyer zum Gottesberge A.: Über Ohrgeräusche
Arch.f.Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten 169 (1956) 317

46. Naujoks J./Lotter E.: Die konservative Therapie des Tinnitus
Laryng.Rhinol. 60 (1981) 220-223

47. Opitz H.J.: Tinnitus - Entstehung und Beeinflussung
Teil I
Laryng.Rhinol. 59 (1980) 485 - 489

48. Opitz H.J.: Tinnitus - Entstehung und Beeinflussung
Letzter Teil
Laryng.Rhinol. 60 (1981) 212-215

49. Perls F.S.: Gestalt-Therapie in Aktion
Klett-Verlag Stuttgart 1974, S.14 ff.

50. Perls F.S.: Das Ich, der Hunger und die Aggression
Die Anfänge der Gestalt-Therapie
Klett-Verlag Stuttgart 1978

51. Perls F.S.: Grundlagen der Gestalt-Therapie
Pfeiffer-Verlag München 1976

52. Reed G.F.: An Audiometric Study of 200 Cases of Subjective Tinnitus
Arch.Otolaryngol. 71 (1960) 84-92

53. Reed G.F.: A study of the effects of loud sound on tinnitus
Laryngoscope 71 (1961) 167

54. Reich W.: Die Funktion des Orgasmus
Berlin 1969, S.233 ff.

55. Reisner H./Breuning H.: Was hilft gegen Ohrensausen?
Selecta 7 (1978) 605

56. Salatoff J.: Hearing loss
J.B.Lipincott. Comp. Philadelphia and Toronto 1966

57. Schleuning A.: Neurootological Evaluation of subjective idiopathic Tinnitus
In: Tinnitus
Ciba Found.Symposium 85 (1981) 100

58. Schleuning A.: Diskussionsbeitrag zur General Discussion
In: Tinnitus
Ciba Found.Symposium 85 (1981) 232

59. Schmidt R.F. (Hrsg.) Grundriß der Sinnesphysiologie
Springer-Verlag Berlin 1973, S.170 ff .

60. Seiler C.F.: Beschreibung des Tinnitus
Laryng.Rhinol. 60 (1981) 611

61. Selye H.: The Stress of Life
Mc Graw-Hill New York 1976

62. Simonton O.C.
Matthews-Simonton S.
Creighton J.: Wieder gesund werden
Eine Anleitung zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte für Krebspatienten und ihre Angehörigen
Rowohlt-Verlag Reinbek b.Hamburg 1982

63. Sjöberg A./Stahle J.: Treatment of Menière's disease with ultrasound, a follow-up on 117 cases using a new ultrasound apparatus with an electronystagmographical analysis of the caloric reaction.
Arch. Otolaryngol. 82 (1966) 498 -502

64. Starr A./Wernick J.S.: Olivocochlear bundle stimulation: Effects on spontaneous and tone evoked activities of single units in the cochlear nucleus.
J.Neurophysiology 31 (1968) 549

65. Tasaki J.: Nerve impulses in individual auditory nerve fibers of guinea pig.
J.Neurophysiology 17 (1954) 97

66. Teitelbaum H.A.: Psychosomatic Neurology
Grune & Stratton - New York 1964

67. Wahlroos S.: Familienglück kann jeder lernen.
Regeln für das Zusammenleben
Kösel-Verlag München 1978

68. Wedel v.H./Opitz H.J.: Ein Beitrag zur Behandlung von Ohrgeräuschen mit Tinnitus-Maskern
Laryng.Rhinol. 59 (1980) 542

69. Wolpe J./Lazarus A.A.: Behavior Therapy Techniques.
Pergamon Press-New York 1966

Frau Prof.Dr. K. SCHORN,
der Leiterin der Audiologie der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Ludwig-Maximilians-Universität München danke ich herzlich für die Überlassung des Themas und ihr Interesse an der Arbeit, zu deren Durchführung sie mir viele wertvolle Hinweise und Ratschläge gegeben hat.

Herrn Prof.Dr.H.H. NAUMANN,
dem Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Ludwig-Maximilians-Universität München danke ich, daß ich in seiner Klinik die erforderlichen Arbeiten für die vorliegende Dissertation durchführen durfte.

Danken möchte ich schließlich auch Frau Dr.med.H.HÄNSEL, die trotz endlos scheinender widriger Umstände eine so schöne Reinschrift meiner Arbeit zuwege gebracht hat.

Herr Prof.Dr.phil. Ernst Pöppel, Vorstand des Instituts für Medizinische Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München hat sich freundlicherweise bereiterklärt, meine Dissertation mitzubegutachten; ich danke ihm dafür.

L E B E N S L A U F

Name:	Josef Wimmer	
Geboren am:	10.12.1949 in Bruckberg/Obb.	
Eltern:	Josef und Therese Wimmer	
	Brauereibesitzer	
Staatsangehörigkeit:	deutsch	
Schulbildung:	Volksschule in Bruckberg	1955-1960
	Josef-Hofmiller-Oberrealschule	
	in Freising	1960-1962
	Oberrealschule Tegernsee	1962-1964
	Erasmus-Grasser-Gymnasium	
	in München	1964-1968
	Zeugnis der Reife	Juli 1968
Hochschulstudium:	Studium der Germanistik,	
	Geschichte und Philosophie	
	an der Ludwig-Maximilians-	
	Universität München	Okt.1968 -Sept. 1974
	Verleihung des Grades eines	
	Magister Artium	
	in Neuerer deutscher Literatur-	
	geschichte, Deutscher Philologie	
	und Bayerischer Geschichte am	21.Juni 1972
	Beginn des Studiums der Human-	
	Medizin an der Universität	
	Regensburg	Okt.1974
	Ärztliche Vorprüfung	Aug.1977
	Fortsetzung des Studiums der	
	Humanmedizin an der Technischen	
	Universität München	Okt.1977

	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	Aug.1978
	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	Aug.1980
	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	13.10.bzw. 21.10.1981
	Erteilung der Approbation als Arzt	25.11.1981
Psychotherapeutische Ausbildung:	Basic Training am Gestalt Therapy Institute of Los Angeles,Los Angeles USA	Jan.-Mai 1973
	Ausbildungsgruppe bei Dr.med.Wolf E.Büntig am Zentrum für Individual-und Sozialtherapie,ZIST,Penzberg	März 1979 - Mai 1982